RAPPORT FINAL D'ÉVALUATION

DU

PROJET PILOTE DU POINT D'ENTRÉE UNIQUE

BUREAU DE CONSULTATION É V A c o enr.

AVRIL 1991

92-07777/

REMERCIEMENTS

La réalisation de la présente évaluation de même que la préparation du rapport ont nécessité la participation de plusieurs personnes.

Nous désirons d'abord remercier toutes les personnes qui ont collaboré à cette réalisation soit en complétant des questionnaires d'enquête, soit en fournissant des informations ou encore en vérifiant des données, soit en analysant ces données, préparant tableaux et graphiques et effectuant la mise en page.

Nous désirons mentionner la contribution de Bonnie Hoyt-Hallett, directeur exécutif par intérim, Division de la planification et de l'évaluation. Nous désirons mentionner également la contribution et le support que Bernard Paulin, directeur exécutif - région nord, Ministère de la santé et des services communautaires, nous a offert tout au long de cette entreprise.

Nous désirons souligner la collaboration constante de trois personnes clés au cours de cette évaluation: Aline Saintonge, coordonnatrice du projet pilote du Point d'entrée unique au plan provincial; Yvon Arsenault, coordonnateur du projet pilote pour la Péninsule acadienne; Eric Gionet, coordonnateur du projet pilote pour la région de Fredericton.

Nous désirons enfin souligner de façon particulière la collaboration professionnelle de Martine Stewart. Nous la remercions pour le travail assidu et pour l'intérêt soutenu dont elle a fait preuve pendant toute la durée du projet.

Rita-Éva Lapointe
Évaluatrice

SOMMAIRE

		PAGE
INTRODUCTION		1
CHAPITRE I	**DESCRIPTION DU MODÈLE**	7
A.	LES PRINCIPES ET LES BUTS	7
B.	LA DÉMARCHE ET LES PROCÉDURES	8
C.	LA GAMME DES SERVICES	15
D.	AUTRES MODALITÉS D'APPLICATION DU MODÈLE	16
CHAPITRE II	**FORMATION DES COHORTES DE DÉMONSTRATION ET PROFIL GÉNÉRAL DE CHAQUE COHORTE**	19
A.	FORMATION DES COHORTES DE DÉMONSTRATION	19
B.	PROFIL GÉNÉRAL DE CHAQUE COHORTE DE DÉMONSTRATION	22
C.	LE BESOIN DE SOUTIEN ET LE RÉSEAU NATUREL DE SOUTIEN	26
	RÉSUMÉ ET CONCLUSION	30
CHAPITRE III	**PROFIL DES BESOINS DES COHORTES DE DÉMONSTRATION**	33
	PREMIER DOMAINE: L'ÉTAT PHYSIQUE	34
	DEUXIÈME DOMAINE: LA MOBILITÉ	36
	TROISIÈME DOMAINE: LES ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE	38
	QUATRIÈME DOMAINE: LES ACTIVITÉS INSTRUMENTALES DE LA VIE QUOTIDIENNE	39
	CINQUIÈME DOMAINE: L'ÉTAT DE SANTÉ MENTALE	41
	SIXIÈME DOMAINE: L'ÉTAT PSYCHOSOCIAL	42
	RÉSUMÉ ET CONCLUSION	44
CHAPITRE IV	**LES POURVOYEURS DE SOINS NATURELS**	47
A.	INFORMATIONS DISPONIBLES SUITE À L'ÉVALUATION MULTIDISCIPLINAIRE	47
B.	INFORMATIONS DISPONIBLES SUITE AUX ENTREVUES DE POURVOYEURS DE SOINS DU RÉSEAU NATUREL	48
	RÉSUMÉ ET CONCLUSION	51
CHAPITRE V	**ÉTUDES D'AUTRES CLIENTÈLES DU POINT D'ENTRÉE UNIQUE**	53
A.	PROPORTION DE CAS ADMISSIBLES AUX SERVICES ENRICHIS	53
B.	LA SOURCE DE RÉFÉRENCE	54
C.	DESCRIPTION DES CLIENTÈLES ÉTUDIÉS	55
	RÉSUMÉ ET CONCLUSION	58

CHAPITRE VI	**LES SERVICES OFFERTS PAR LE BIAIS DU POINT D'ENTRÉE UNIQUE**	**59**
A.	LES PLANS DE SERVICES PROPOSÉS AUX PERSONNES FORMANT CHAQUE COHORTE DE DÉMONSTRATION	59
B.	ÉTUDE PARTICULIÈRE DE DEUX SERVICES	62
C.	LE DÉVELOPPEMENT DES SERVICES	64
	RÉSUMÉ ET CONCLUSION	66
CHAPITRE VII	**COÛTS LIÉS AU MODÈLE DU POINT D'ENTRÉE UNIQUE**	**69**
A.	COÛTS DES SERVICES DE SOUTIEN COMMUNAUTAIRE ACHETÉS	69
B.	COÛTS DES SERVICES DE SANTÉ DISPENSÉS PAR L'HÔPITAL EXTRA-MURAL	71
C.	PARTICIPATION FINANCIÈRE DE LA CLIENTÈLE	73
D.	PER DIEM POUR LES SERVICES ENRICHIS	75
E	COÛTS EN TEMPS	78
	RÉSUMÉ ET CONCLUSION	81
CHAPITRE VIII	**EFFETS DU POINT D'ENTRÉE UNIQUE SUR DEUX COMPOSANTES DU SYSTÈME DE SOINS PROLONGÉS**	**84**
A.	EFFETS DU POINT D'ENTRÉE UNIQUE SUR LE VOLUME DE DOSSIERS TRAITÉS PAR LES SERVICES SOCIAUX COMMUNAUTAIRES	84
B.	EFFETS DU POINT D'ENTRÉE UNIQUE SUR LA LISTE D'ATTENTE DES FOYERS DE SOINS	86
C.	PROFIL DES BESOINS DES PERSONNES INSCRITES SUR LA LISTE D'ATTENTE	89
	RÉSUMÉ ET CONCLUSION	92
CHAPITRE IX	**IMPACTS OBSERVÉS ET IMPACTS PROBABLES SELON LES PARTENAIRES SOCIAUX**	**96**
A.	IMPACTS OBSERVÉS	96
B.	IMPACTS ATTENDUS OU PROBABLES	98
	RÉSUMÉ ET CONCLUSION	102
CHAPITRE X	**LES OPINIONS SUR LE MODÈLE DU POINT D'ENTRÉE UNIQUE**	**105**
A.	SATISFACTION DES CLIENTS ET CLIENTES	105
B.	LE POINT D'ENTRÉE UNIQUE VU PAR LES TRAVAILLEUSES ET LES TRAVAILLEURS SOCIAUX, INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS	108
C.	L'ACCORD SUR LES OBJECTIFS DU POINT D'ENTRÉE UNIQUE	109
D.	LES FORCES DU POINT D'ENTRÉE UNIQUE	112
E.	LES AMÉLIORATIONS À APPORTER	114
	RÉSUMÉ ET CONCLUSION	120
CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS		**127**

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Distribution des personnes âgées frêles faisant partie des cohortes de démonstration par catégories.	20
Tableau 2	Nombre de personnes âgées frêles faisant partie des cohortes de démonstration à deux dates différentes.	21
Tableau 3	Temps de participation des personnes âgées frêles faisant partie des cohortes de démonstration.	22
Tableau 4	Proportion des personnes âgées frêles des cohortes actuelles rencontrant un certain nombre de problèmes dans leur environnement familial et social	30
Tableau 5	Nombre de problèmes rencontrés dans les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ), les activités de la vie quotidienne (AVQ) et la mobilité	44
Tableau 6	Liens du pourvoyeur de soins principal avec la personne âgée frêle dont il prend soin	48
Tableau 7	Temps consacré à s'occuper de la personne âgée dont on prend soin	49
Tableau 8	Tâches exécutées par les pourvoyeurs de soins naturels	50
Tableau 9	Répartition des dossiers après l'évaluation	54
Tableau 10	Répartition des dossiers selon l'âge	55
Tableau 11	Besoin d'aide dans les activités de la vie quotidienne (AVQ)	56
Tableau 12	Besoin d'aide dans les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ)	57
Tableau 13	Représentation momentanée de l'ensemble des plans de services	61
Tableau 14	Coûts mensuels des services de soutien communautaire pour le Ministère (cohortes de départ)	70
Tableau 15	Distribution des coûts mensuels des services de soutien communautaire pour le Ministère (cohortes de départ), période d'évaluation se terminant le 31 mars 1990	70
Tableau 16	Coûts mensuels des services de soutien communautaire pour le Ministère (cohortes actuelles)	71
Tableau 17	Coûts mensuels pour les services de l'Hôpital extra-mural relatifs aux cohortes de départ	72

Tableau 18	Distribution des coûts mensuels des plans de services enrichis pour les services de l'Hôpital extra-mural (cohortes de départ), période d'évaluation se terminant le 31 mars 1990	72
Tableau 19	Coûts mensuels pour les services de l'Hôpital extra-mural relatifs aux cohortes actuelles	73
Tableau 20	Distribution des coûts mensuels assumés par les clients pour des services de soutien communautaire (cohortes de départ), période se terminant le 31 mars 1990	74
Tableau 21	Revenu annuel de ménage des personnes âgées frêles des cohortes actuelles	74
Tableau 22	Résumé des coûts et per diem des personnes âgées formant les cohortes de départ	77
Tableau 23	Étude de temps pour la fonction d'évaluation du modèle du Point d'entrée unique	79
Tableau 24	Étude de temps pour la préparation du plan de services du modèle du Point d'entrée unique	80
Tableau 25	Importance relative de trois facteurs sur la croissance du volume de cas traités sur une période d'un an	85
Tableau 28	Proportion de personnes âgées frêles ayant des problèmes sérieux ou graves, par groupe et par région	91

LISTE DES GRAPHIQUES

GRAPHIQUE 1	COMPOSITION DES COHORTES DE DÉPART EN REGARD DE L'ÂGE	23
GRAPHIQUE 2	COMPOSITION DES COHORTES DE DÉPART EN REGARD DU SEXE	23
GRAPHIQUE 3	COMPOSITION DES COHORTES DE DÉPART EN REGARD DE LA LANGUE PARLÉE	24
GRAPHIQUE 4	COMPOSITION DE S COHORTES DE DÉPART EN REGARD DE L'ÉTAT CIVIL	24
GRAPHIQUE 5	COMPOSITION DES COHORTES ACTUELLES EN REGARD DU TYPE DE LOGEMENT	25
GRAPHIQUE 6	COMPOSITION DES COHORTES ACTUELLES EN REGARD DU REVENU ANNUEL	25
GRAPHIQUE 7	COMPOSITION DES COHORTES ACTUELLES EN REGARD DE LA PERCEPTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ	26
GRAPHIQUE 8	COMPOSITION DES COHORTES ACTUELLES EN REGARD DU NOMBRE DE VISITES MÉDICALES PAR ANNÉE	26

GRAPHIQUE 9	COMPOSITION DES COHORTES DE DÉPART EN REGARD DU MODE DE VIE	27
GRAPHIQUE 10	COMPOSITION DES COHORTES DE DÉPART EN REGARD DU BESOIN D'UN POURVOYEUR DE SOINS	28
GRAPHIQUE 11	COMPOSITION DE LA COHORTE DE DÉPART EN REGARD DU FAIT D'AVOIR OU NON UN POURVOYEUR DE SOINS ADDITIONNEL	29
GRAPHIQUE 12	ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE	35
GRAPHIQUE 13	MOBILITÉ	37
GRAPHIQUE 14	ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE	39
GRAPHIQUE 15	ACTIVITÉS INSTRUMENTALES DE LA VIE QUOTIDIENNE	40
GRAPHIQUE 16	ÉTAT DE SANTÉ MENTALE	41
GRAPHIQUE 17	ÉTAT PSYCHOSOCIAL	43

ANNEXES

ANNEXE A	Documents de référence	137
ANNEXE B	Recueil de textes	139
ANNEXE C	Entrevues des personnes âgées et des pourvoyeurs de soins naturels	169
ANNEXE D	Compilation des réponses et commentaires des professionnels du Point d'entrée unique	177
ANNEXE E	Compilation des réponses au questionnaire adressé aux organismes ayant participé de près à la mise à l'essai	183
ANNEXE F	Compilation des réponses au questionnaire adressé aux dépositaires d'enjeux	187
ANNEXE G	Données pour le profil général de différentes clientèles du Point d'entrée unique	191
ANNEXE H	Données pour le profil des besoins de différentes clientèles du Point d'entrée unique	197

INTRODUCTION

A la suite d'une étude approfondie de la situation dans la province, le Comité de stratégie sur les soins de longue durée du ministère de la Santé et des Services communautaires du Nouveau-Brunswick constatait en 1987 la nécessité d'instaurer un système de Point d'entrée unique pour les services de soins prolongés et de mettre au point un projet pilote pour mettre le modèle à l'essai et procéder à son évaluation. Une consultation avec les dépositaires d'enjeux ayant eu lieu par la suite, il a été décidé qu'un modèle d'offre de services, basé sur un point d'accès unique pour les clients ayant besoin de soins prolongés, devait être mis à l'essai dans deux régions de la province.

En avril 1989, le ministre annonçait l'essai du modèle de Point d'entrée unique au cours de l'année financière 1989-1990. Par la suite, la date du 1er novembre devait être retenue pour le début du projet qui devait être en opération pour une durée d'un an et évalué au fur et à mesure que des résultats seraient disponibles.

LE CONTEXTE

La recherche expérimentale et les études conduites aux États-Unis, l'étude du Ministère canadien de la Santé nationale et du Bien-être social sur un modèle à accès unique, les résultats de la mise en oeuvre de modèles similaires en Alberta et au Manitoba et enfin les connaissances et l'expertise des personnes qui, au plan provincial, ont oeuvré à l'intérieur du comité de conception et du comité aviseur, ont été les principales sources du modèle mis à l'essai au Nouveau-Brunswick.

La philosophie du modèle - Le modèle mis à l'essai vise a réduire le placement prématuré en établissement, des personnes âgées qui avec un supplément d'aide et de services pourraient continuer à habiter dans leur demeure. Les processus naturels de vieillissement affecte les capacités fonctionnelles de la personne âgée de sorte que plusieurs d'entre elles ont besoin d'aide, peu ou beaucoup, de façon intermittente ou de façon constante, ou encore de façon immédiate en situation de crise. Ces personnes auront besoin d'aide par rapport à des problèmes de santé mais aussi pour effectuer à chaque jour les tâches reliées à la vie courante. La philosophie sur laquelle repose le modèle du Point d'entrée unique veut que, quelque soit le nombre et la nature des besoins qu'elle rencontre, la personne âgée puisse s'adresser à un endroit où l'on traitera directement sa demande d'aide et à partir duquel elle aura accès à un continuum de services dans le cadre de la mise en oeuvre d'une approche de résolution de problèmes.

Le modèle du Point d'entrée unique suppose, entre autres, l'existence ou la mise sur pied d'un continuum de services susceptible de répondre à des besoins de diverses natures et de diverses grandeurs. Il suppose un mécanisme de coordination des services qui sont dispensés par des unités répondant à des administrations aussi différentes que celles d'organismes à but non lucratif,

d'organismes privés, semi-privés ou publics et dans certains cas, à des secteurs différents d'un même organisme. Le modèle suppose aussi l'adoption d'une approche où la solution du problème que présente la personne demandant de l'aide soit le point central de la suite des actions entreprises. Le modèle suppose enfin que les responsables des organismes impliqués s'entendent pour qu'une procédure standard fasse autorité pour l'accès aux services qu'ils offrent.

La conception du modèle - Un comité provincial de conception, regroupant des représentants des principaux dépositaires d'enjeux et des partenaires de la mise en oeuvre du modèle de même que les coordonnateurs du projet pilote, a développé un modèle d'accès unique applicable au Nouveau-Brunswick. Ce modèle comprend un ensemble de principes directeurs et propose une série d'objectifs à atteindre, des procédures à suivre et des structures de prise de décision. Il a prévu l'utilisation d'instruments déterminés. Le plus important de ces instruments est un outil d'évaluation multidisciplinaire. Le dossier unique en est un autre. Enfin, le modèle développé au Nouveau-Brunswick a la particularité d'être sous la responsabilité première de la composante Services communautaires du Ministère de la santé et des services communautaires.

Pendant cette période de développement, le modèle a été proposé à un comité aviseur formé de représentants des principaux dépositaires d'enjeux impliqués dans les soins de longue durée. Ce comité avait pour tâche de préparer des recommandations adressées au Sous-ministre adjoint du Ministère de la Santé et des Services Communautaires. C'est le modèle de Point d'entrée unique ainsi défini et approuvé qui a été mis à l'essai par le projet pilote 1989-1990.

Outre la participation des Services sociaux communautaires et à la famille, pour atteindre ses objectifs, le projet pilote exigeait la pleine participation de l'Hôpital extra-mural et la contribution de plusieurs secteurs gouvernementaux dont les Services des établissements et les Services de la santé publique.

Le choix des deux régions pilotes - La région de Fredericton et la région de la Péninsule acadienne ont été choisies comme régions pilotes. Une des raisons, sinon la principale, qui ont prévalu lors de ce choix était que chacune de ces deux régions était dotée d'une infrastructure de services assez large et assez forte pour répondre aux besoins qui seraient identifiés dès le début de la mise à l'essai du Point d'entrée unique. De plus, il s'agissait de régions situées dans différentes parties de la province, comportant des zones urbaines et rurales et enfin susceptibles de représenter les secteurs anglophones et francophones de la province. Il est important de mentionner aussi que chacune de ces régions avaient accepté de mettre une partie de leurs ressources au service du projet pilote.

L'APPROCHE UTILISÉE PENDANT L'ÉVALUATION

L'évaluation menée a pris la forme d'une **étude évaluative** visant à décrire les principales caractéristiques du projet pilote ainsi que les aspects essentiels de leur déroulement, à faire l'inventaire des opinions sur les points forts et les points à améliorer dans le modèle mis à l'essai et à rassembler les informations pertinentes à la prise de décisions subséquentes.

Le mandat d'évaluation - Selon le plan présenté au mois de mars 1990, l'évaluation devait apporter les réponses les plus complètes possibles aux cinq questions suivantes:

a) Quelles sont les principales caractéristiques du modèle "Point unique d'entrée" appliqué?
b) Quels ont été les profils des besoins à combler pour permettre à la personne âgée frêle de vivre à la maison plus longtemps?
c) Quels ont été les coûts en temps et en argent?
d) Quels ont été les impacts à court terme du modèle "Point unique d'entrée" appliqué?
e) Quels sont les points forts et les points à améliorer dans le modèle?

Une sixième question figurait dans le plan d'évaluation à titre indicatif seulement: Quels seraient dans les autres régions de la province les profils globaux des besoins à combler pour permettre à la personne âgée frêle de vivre à la maison plus longtemps? Des contraintes de temps ont rendu impossible cette étude.

En plus de remplir ce mandat, nous croyons possible de faire une deuxième lecture des informations recueillies pendant l'évaluation. Cette lecture proposera des conclusions en rapport avec les buts du modèle du Point d'entrée unique, buts visant la clientèle et buts organisationnels. Cette deuxième lecture portera un regard global sur les résultats de l'évaluation.

Les sources d'information - Les informations nécessaires pour répondre aux cinq questions de l'évaluation ont été obtenues de diverses sources, selon le calendrier indiqué ci-dessous:

- Les documents mis à la disposition des personnes impliquées dans le projet pilote.
- Les dossiers des clients et des clientes:
  - dossiers de personnes âgées frêles recevant des services enrichis, mars et septembre 1990;
  - dossiers de personnes âgées recevant des services réguliers, juin-juillet-août 1990;
  - dossiers de personnes inscrites sur la liste d'attente pour foyers de soin - novembre 1990.
- Une série d'entrevues de clients recevant des services enrichis, novembre 1990.
- Une série d'entrevues de pourvoyeurs de soins naturels, novembre 1990.
- Un questionnaire adressé aux professionnels du Point d'entrée unique, novembre 1990.
- Une étude de temps, novembre et décembre 1990.
- Un questionnaire adressé aux dépositaires d'enjeux au plan provincial, décembre 1990.
- Un questionnaire adressé aux foyers de soins, aux pourvoyeurs de services et aux hôpitaux des régions pilotes, décembre 1990.
- Une série d'entrevues de personnes impliquées dans le projet pilote en tant qu'administrateur au plan régional, décembre 1990 et janvier 1991.
- Des statistiques sur la liste d'attente des foyers de soins, janvier 1991.
- Des informations sur les coûts, janvier 1991.

Des informations détaillées sur les procédures suivies lors de la collecte des informations sont données au début de chaque compte rendu des résultats de ces démarches.

L'approche méthodologique - Afin de produire des informations conformes à la réalité des situations observées et d'apporter réponse aux cinq questions formant le mandat, trois approches méthodologiques ont été suivies au cours de l'évaluation du projet pilote: l'analyse de documents, la formation de cohortes et de groupes représentatifs et enfin l'enquête par entrevues et questionnaires. L'analyse des documents disponibles (voir Annexe A) a servi de base à la préparation du premier chapitre du rapport visant à décrire les différentes composantes du modèle du Point d'entrée unique. L'étude des besoins à combler pour diverses clientèles a été effectuée à partir de deux cohortes (groupes dont le nombre d'individus est fixé par la période de temps choisie) et de six autres groupes dont le nombre d'individus avait été fixé à 30 ou plus selon la représentativité souhaitée. L'analyse des informations ainsi obtenues est présentée dans diverses sections du rapport. Enfin, des entrevues de même que des questionnaires faisant une large place aux commentaires personnels des répondants et répondantes ont été utilisés pour enquêter sur la satisfaction et les impacts en plus de déterminer les forces et les faiblesses du modèle tel qu'appliqué. L'enquête sur la satisfaction a été faite auprès de 50% des personnes âgées frêles formant les cohortes ainsi qu'auprès de leurs pourvoyeurs de soins naturels; les personnes interviewés faisaient partie d'un échantillon établi par choix au hasard simple. Les autres entrevues de même que l'envoi des questionnaires ont touché la totalité des personnes concernées; le taux de réponse aux questionnaires a été de 80% dans l'ensemble.

Le projet pilote s'étant déroulé sur une période de douze mois, les informations recueillies ne reflètent par le fait même que les répercussions à court terme du modèle "Point unique d'entrée". Cependant, une documentation exhaustive a été remise aux responsables du Point d'entrée unique de sorte que de nouvelles cohortes puissent être constituées au fil des années et que l'on puisse obtenir ainsi une banque d'informations. À partir de ces données, et de données supplémentaires si jugé utile, on pourra effectuer une étude longitudinale et ainsi suivre l'évolution de la situation.

L'interprétation des résultats - Certains facteurs reliés au modèle étudié ou à sa mise en application ou encore à certaines limites inhérentes à la présente évaluation justifient une interprétation prudente des résultats.

Ainsi, le modèle du Point d'entrée unique comporte diverses composante: évaluation multidisciplinaire, plan de services, panel et gestion de cas. En conséquence, les effets ou les impacts relevés dans la présente étude ne peuvent être attribués à l'une ou l'autre de ces

composantes mais bien au modèle dans son ensemble. De plus, l'évaluation a été réalisée en parallèle avec une première mise en application du modèle. En conséquence, les opinions exprimées reflètent pour une part les problèmes reliés à toute nouvelle démarche ou procédure. Le profil des besoins fait exception puisque la deuxième série de données n'a été recueillie qu'à la fin de la période de mise à l'essai.

En regard des techniques utilisées lors de l'évaluation du projet, des contraintes de temps nous ayant empêchés de procéder à un essai formel des questionnaires d'enquête utilisés, nous avons eu recours à deux procédés pour minimiser les effets de cette situation: inclure une option "Ne peux dire" et tracer quelques lignes sous la plupart des questions afin d'inviter les répondants et les répondantes à formuler des commentaires. Des commentaires sur l'ambiguité ou la pertinence de quelques questions ayant effectivement été inscrits sur ces lignes, nous croyons que ces procédés ont été utilisés dans le sens désiré. Notons également que dans quelques cas, au cours de l'entrée des données reliées au profil général et au profil des besoins, nous avons codé de la même façon les mentions "non pertinent" et les réponses manquantes; ceci ne nous permet donc pas d'établir ces distinctions lors de l'interprétation des résultats. Enfin, certaines tentatives de cueillette de données se sont avérées infructueuses pour diverses raisons. C'est le cas notamment des informations en rapport avec les situations de crises (nombre d'interventions demandées, comparaison avec la situation ultérieure, temps de réaction, etc.). C'est le cas également des informations en rapport avec le nombre moyen de jours d'attente pour l'admission dans un foyer de soins des régions pilotes pour l'année antérieure au projet.

Tels sont les principaux facteurs dont nous tenterons de tenir compte lors de l'interprétation des résultats de l'évaluation présentée dans les pages qui suivent.

CHAPITRE I

DESCRIPTION DU MODÈLE

A. LES PRINCIPES ET LES BUTS

Au début de la phase de conception du projet pilote, un ensemble de principes ont été définis [1]. Ces principes ont guidé les travaux du Comité de conception et du Comité consultatif.

PRINCIPES:

1. Les services doivent renforcer et non remplacer le réseau de soutien.
2. Les services doivent être conçus de manière à promouvoir et à encourager l'autonomie et l'importance d'accepter des responsabilités personnelles à l'égard de la santé.
3. La dignité et les droits des personnes et des familles doivent être respectés.
4. Les personnes dont la vie est touchée par une décision doivent prendre part au processus qui permet d'arriver à cette décision.
5. Il ne faut imposer aucun fardeau inutile aux familles.
6. Les services doivent être dispensés dans la langue que préfère le client.
7. Les services doivent convenir aux besoins décelés.
8. Le principal facteur qui servira à déterminer les besoins devrait être les limites fonctionnelles des personnes et de leur réseau naturel de soutien.
9. Le recours aux services doit être minimal et représenter la solution la moins coûteuse pour maintenir et améliorer le niveau de fonctionnement du client dans son milieu communautaire.
10. Il faut envisager les foyers de soins seulement après avoir envisagé toutes les possibilités en milieu communautaire.
11. Dans la conception des services, il faut tenir compte de l'aspect de la prévention.
12. La conception doit viser à promouvoir la continuité des soins et à officialiser les liens entre les services.
13. Une méthodologie normalisée sera utilisée dans chaque région pilote pour déterminer les besoins de même que pour planifier et dispenser les services.

Au cours de la préparation du devis du projet pilote, deux buts concernant les clients et quatre buts concernant l'organisation ont été définis [2].

BUTS CONCERNANT LES CLIENTS:

1. Maintenir l'autonomie des personnes âgées (qui font une demande de services) demeurant chez elles, tout en respectant leur droit de prendre leurs propres décisions.

---

1 Point d'entrée unique: projet pilote - Document 1 - Plan collectif. Ébauche: le 2 juillet 1989, p. 11.

2 Modèle pour le projet Point d'entrée unique, Mars 1990.

2. Maintenir ou accroître la capacité des personnes âgées à s'administrer des soins et la capacité des pourvoyeurs de soins naturels à dispenser des soins aux personnes âgées plus faibles pour qu'elles puissent continuer à vivre dans leur milieu.

BUTS CONCERNANT L'ORGANISATION:

1. Accroître et améliorer la coordination de la prestation des services dans le milieu, améliorer la coordination et la communication entre les professionnels et assurer une prestation plus efficace des services communautaires nécessaires.
2. Évaluer exactement les besoins à combler pour permettre aux personnes âgées de vivre dans leur milieu, définir le type et la quantité de services supplémentaires qui doivent être mis en place et identifier les différences régionales s'il y a lieu.
3. Faire preuve d'imputabilité et de responsabilité financière dans le cadre du projet.
4. Diminuer le nombre de clients inscrits sur les listes d'attente des foyers de soins.

B. LA DÉMARCHE ET LES PROCÉDURES

Les procédures du Point d'entrée unique touchent trois activités principales: l'accueil, l'évaluation (incluant la planification du plan de soins et la présentation du cas au panel s'il y a lieu) et la gérance de cas. Pour chaque activité, la description ci-dessous résume la marche à suivre, désigne par leurs titres les personnes concernées, dresse la liste des instruments ou formulaires utilisés et précise le calendrier des activités. La principale source d'information pour cette description a été les documents dans lesquels les éléments sont décrits, particulièrement les documents récents. On trouvera à l'annexe A la liste de la documentation disponible sur le Point d'entrée unique et à l'annexe B, les textes auxquels le présent rapport fait souvent référence.

B.1 L'ACCUEIL - Dans les régions pilotes, les bureaux des Services sociaux communautaires et à la famille et ceux de l'Hôpital extra-mural doivent aménager un Point d'entrée unique où l'accueil est intégré.

> Lorsqu'un client est dirigé vers ou s'adresse lui-même à l'un de ces bureaux, les mêmes renseignements sont recueillis au moment de l'accueil. Selon la nature du problème identifié, le bureau chargé de l'accueil envoie la demande de mise en marche du processus d'évaluation à l'infirmière de l'Hôpital extra-mural ou au travailleur social des Services sociaux communautaires et à la famille. Du point de vue du client, il n'y a qu'un seul point d'accès à ces services étant donné qu'il n'est pas renvoyé à un autre bureau, même s'il serait plus approprié de s'adresser à un autre bureau pour obtenir les services demandés [3].

SOMMAIRE DES PROCÉDURES PAR RAPPORT À L'ACCUEIL - Quand une personne de 65 ans ou plus résidant dans une des régions pilotes du Point d'entrée unique s'adresse à un bureau ou est dirigé vers celui-ci, des renseignements préliminaires sont d'abord recueillis; cette même

---

3 Address to New Brunswick Association of Nursing Homes. Gérard Doucet. May 24, 1990.

procédure s'applique dans le cas d'une personne de moins de 65 ans qui demande son admission à un foyer de soins. Par la suite, une ou plusieurs des actions suivantes sont entreprises: 1) intervention et évaluation d'urgence en cas de crise; 2) offre de renseignements; 3) direction vers un autre service communautaire; 4) demande d'une évaluation dans le cadre du projet de Point d'entrée unique. Les critères d'admissibilité de base appliqués au moment de l'accueil sont l'âge et le lieu de résidence. On a défini comme suit le critère relatif au lieu de résidence: la personne doit résider à l'intérieur des régions désignées, dans une maison, un foyer de soins, un hôpital ou un foyer de soins spécial[4], etc..

Personnes concernées - Après le premier contact avec la personne concernée, le dossier est confié à un membre de l'équipe, c'est-à-dire un travailleur social ou un travailleur de la santé de l'Hôpital extra-mural qui prend les renseignements relatifs à l'accueil.

Instruments ou formulaires utilisés - Par suite des formalités d'accueil, l'information sur les éléments énumérés aux sections 1-A à 1-I du Formulaire d'évaluation pour soins continus du Nouveau-Brunswick est disponible.

Calendrier - Les formalités d'accueil doivent être terminées au plus tard deux jours ouvrables après les premières démarches du client ou de la cliente à la suite de quoi l'évaluation sera demandée. En cas de crise cependant, l'évaluation ne sera demandée que lorsque la situation sera stabilisée [5].

B.2 L'ÉVALUATION - L'évaluation est la deuxième étape de la démarche. Si l'on demande qu'une évaluation soit faite à la suite des formalités d'admission, cette évaluation est entreprise par un membre de l'équipe multidisciplinaire. Tel que l'illustre le schéma de la page suivante l'évaluation est au centre du modèle. Cette évaluation est suivie de la préparation du plan de soins et si nécessaire, de la présentation du cas au panel.

SOMMAIRE DES PROCÉDURES PAR RAPPORT À L'ÉVALUATION - L'évaluation comporte les étapes suivantes:

1 - cueillette des données;
2 - identification de l'ensemble des problèmes;
3 - identification des problèmes cliniques, sociaux et psychologiques pour lesquels il existe une solution;

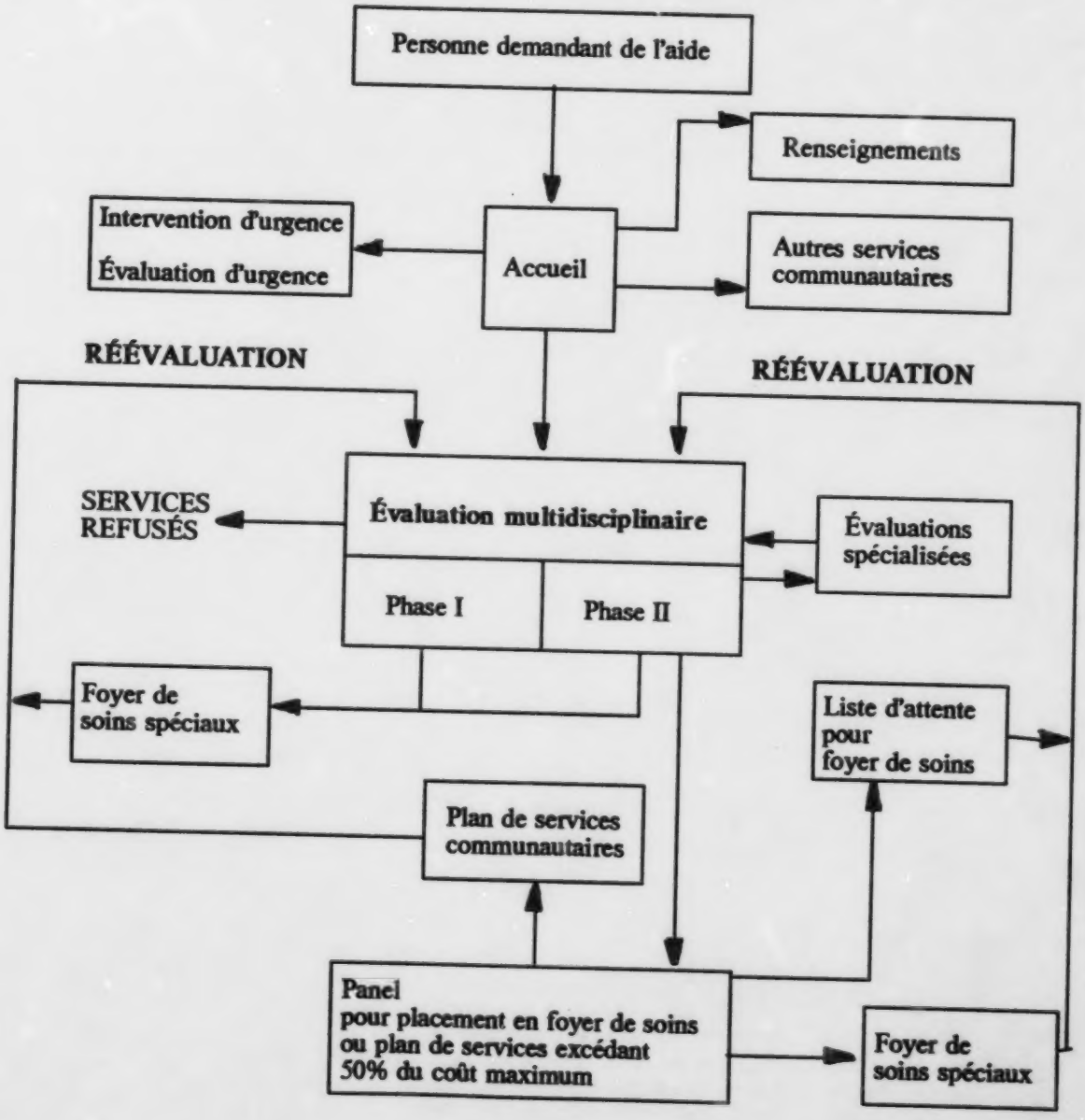
---

4 SEP Provincial Design. Committee Meeting. Recording of Proceedings September 15, 1989. p.3.
5 Recommandations du sous-comité sur la gestion des cas. Août 1989.

4 - identification des réseaux de soutien personnel, familial ou communautaire;
5 - identification des besoins en services;
6 - préparation du plan de soins;
7 - présentation au panel, si nécessaire.

L'évaluation est dite multidisciplinaire car elle comprend une évaluation de la santé et une évaluation sociale. Un membre de l'équipe multidisciplinaire débute l'évaluation: ce peut être le travailleur social ou l'infirmière selon le cas. Par la suite, l'autre membre de l'équipe peut être appelé à compléter sa partie de l'évaluation et à participer à la planification du plan de soins. Chaque membre de l'équipe procède à l'identification des problèmes cliniques, psychologiques et sociaux, estime si une solution partielle ou complète peut être apportée à certains de ces problèmes et identifie les services requis. Pendant l'évaluation, des spécialistes tels que médecin, physiothérapeute, diététiste, ergothérapeute, psychologue et autres peuvent être appelés à donner leur avis.

SCHÉMA
POINT D'ENTRÉE UNIQUE POUR PERSONNES AGÉES
MINISTERE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES COMMUNAUTAIRES



PLANIFICATION - Une fois que l'évaluation a permis de recueillir suffisamment de renseignements, un plan de services complet et un budget global sont préparés par l'un, l'autre ou les deux membres de l'équipe multidisciplinaire. Le plan de services inclura des services enrichis du Point d'entrée unique si le cas satisfait aux critères d'éligibilité suivants [6]:

I Démographie

a) Être âgé de 65 ans;
b) Demeurer dans une des régions pilotes, chez soi ou dans un foyer de soins, un hôpital, un foyer de soins spécial, etc.

II Fonctionnement

a) Risque modéré en matière d'activités de la vie quotidienne (AVQ)[7] **ou** 2 limites fonctionnelles modérées;

- ou -

Risque élevé en matière d'activités instrumentales de la vie quotidienne (IAVQ)[8] **ou** 3 limites fonctionnelles élevées;

- ou -

Risque modéré en matière de fonctionnement cognitif;

ET

b) **Deux** besoins non comblés en matière d'activités de la vie quotidienne ou d'activités instrumentales;

- ou -

Fragilité du réseau naturel de soutien.

III Engagement

a) La personne âgée doit être d'accord pour participer au projet;
b) Le pourvoyeur de soins naturel, (si la personne âgée en a un) est prêt à participer au projet.

IV Coût

Le coût maximal du plan de services ne doit pas dépasser 1470 $ pour les services de soutien communautaire.

Le plan de services doit être préparé par le travailleur social et l'infirmière en collaboration étroite avec les personnes engagées dans les activités de soutien ou dispensant les services y inclus le client ou la cliente même, si cela est possible, ainsi que les personnes les plus significatives de son réseau de soutien informel [9].

---

6 SEP Provincial Design Committee Meeting. Recording of Proceedings September 15, 1989. p.3.

7 On défini ainsi ces activités: prendre un bain, utiliser les toilettes, s'habiller, manger et marcher.

8 On défini ainsi ces activités: utiliser le téléphone, faire ses emplettes, aller à la banque et gérer son argent, faire le ménage, prendre ses médicaments et préparer ses propres repas.

9 Recommandations du sous-comité sur la gestion des cas, le 28 août 1989.

PANEL - Une des étapes de la démarche d'évaluation consiste à présenter, si nécessaire, le dossier à un panel. Le panel [10] doit revoir les dossiers de toutes les personnes qui ont demandé que leur nom soit inscrit sur la liste d'attente des foyers de soins ou pour lesquelles cette inscription a été recommandée par l'équipe multidisciplinaire, de même que tous les cas pour lesquels le plan de services recommandé dépasse 50% du maximum prévu.

Le panel se compose de trois membres nommés: un travailleur social communautaire d'expérience, une infirmière communautaire d'expérience et un médecin, avec une formation en gériatrie si possible. Un remplaçant ou une remplaçante pour chaque membre doit être nommé. Les décisions du panel doivent être unanimes ou au moins aux deux tiers des voix. Un procès-verbal officiel des réunions doit être rédigé.

Le coordonnateur régional du Point d'entrée unique doit agir à titre de président du panel. Son niveau d'autorité en matière de prise de décision doit faire l'objet d'une décision régionale. La présence du client et de son pourvoyeur de soins doit être possible dans tous les cas où leur présence est appropriée. La présence des membres de l'équipe d'évaluation multidisciplinaire est nécessaire.

À la suite des décisions du panel, la personne gérant le cas met en oeuvre et contrôle le plan de services tel que présenté ou le plan de services révisé.

Instruments ou formulaires utilisés - La plupart des renseignements pris au cours de l'étape "évaluation" doivent être consignés sur le Formulaire d'évaluation pour soins continus du Nouveau-Brunswick. Si nécessaire, des instruments additionnels peuvent être utilisés entre autres, le Questionnaire sur les difficultés vécues par le pourvoyeur de soins, l'Évaluation de l'état mental, l'Évaluation de la sécurité à domicile et l'Évaluation de la consommation d'alcool et de médicaments.

Calendrier - La première partie de l'évaluation (évaluation sociale ou évaluation clinique) doit être effectuée dans les dix jours des premières démarches d'un client ou d'une cliente. L'autre partie de l'évaluation doit être achevée dans les dix jours qui suivent.

---

10 Recording of Proceedings (of the Design Committee) - September 1989. Annexe A - Conception du projet. Décisions du comité aviseur et du ministère. Septembre 1989.

Il peut arriver que l'une ou l'autre partie de l'évaluation ne soit pas complétée:

> La personne responsable du dossier peut engager jusqu'à 1/4 du coût maximum dans un plan de services. Cela lui permet de ne compléter que sa partie de l'évaluation sans demander à son ou à sa collègue d'achever l'évaluation multidisciplinaire. Des indicateurs de risque sur le plan psychosocial et clinique sont prévus, de sorte que dans certains cas, l'évaluation multidisciplinaire devra être complétée même si le niveau discrétionnaire de 1/4 n'est pas atteint [11].

L'intervalle entre la réception d'une demande et la conception complète du plan d'intervention et l'élaboration du budget ne doit pas excéder 30 jours ouvrables [12]. La révision du dossier par le panel ne doit pas excéder une semaine. L'intention est de réaliser en entier la démarche d'évaluation dans un délai plus court que celui alloué ici lorsque possible. Au cours du projet pilote, le calendrier prévu au devis devra être testé, contrôlé et réaménagé s'il s'avère trop long [13].

B.3 LA GÉRANCE DES CAS [14] - La troisième étape de la démarche du modèle est la gérance des cas. Le but premier de la gestion des cas est de fournir la meilleure qualité de services de la façon la plus efficace et la plus économique possible. Du point de vue du client ou de la cliente, la personne responsable de la gérance du cas est la personne contact qui assure l'accès aux services nécessaires et coordonne la réalisation du plan de services. Le ou la responsable de cas contrôle tous les aspects de la mise en oeuvre du plan de services, de l'efficacité de cette intervention, ainsi que de la satisfaction des clients et ce, sur une base permanente par le biais de rencontres officielles ou informelles avec toutes les personnes impliquées dans le soutien communautaire ou les services cliniques ou autres auprès des clients et des clientes.

SOMMAIRE DES PROCÉDURES PAR RAPPORT À LA GÉRANCE DE CAS - En plus d'entreprendre ou de participer à l'évaluation multidisciplinaire et à la préparation du plan de services, le ou la responsable de cas doit s'acquitter d'un certain nombre de tâches que l'on peut résumer comme suit [15]:

1 - Mise en oeuvre du plan de services;
2 - Contrôle du plan de services;
3 - Réévaluation du cas et modification du plan de services, au besoin.

---

11 Premier rapport - Comité de travail sur l'accueil, l'évaluation et l'intervention en situation de crise. Addendum: le 23 août 1989.

12 Recommandations du sous-comité sur la gestion des cas. Août 1989.

13 Recording of Proceedings (of the Design Committee) - September 1989. Annexe A - Conception du projet. Décisions du comité aviseur et du ministère. Septembre 1989.

14 Recommandations - Sous-comité sur la gestion des cas, le 28 août 1989.

15 Recommandations - Sous-comité sur la gestion des cas, le 28 août 1989.

Généralement, le ou la responsable de cas sera un membre de l'équipe multidisciplinaire qui aura évalué le cas, préparé le plan de services et si nécessaire, en aura fait la présentation au panel. Cette personne aura donc l'information essentielle pour mettre en oeuvre le plan de services et en contrôler la réalisation.

Pendant l'évaluation des cas et la préparation des plans de services, les responsables de cas sont appelés à agir comme consultants ou consultantes auprès des clients et clientes de même qu'auprès des pourvoyeurs et pourvoyeuses de soins. Cette consultation sert notamment à donner aux pourvoyeurs et pourvoyeuses de soins des informations concernant les services disponibles et à identifier leurs besoins de formation ou d'information. Tout au cours de la réalisation du plan de services, le gérant ou la gérante de cas devrait d'une part s'assurer qu'il y a eu contact entre les pourvoyeurs et pourvoyeuses de soins et les agences de services et d'autre part, offrir conseil et appui dans le domaine de l'aide disponible pour les pourvoyeurs et pourvoyeuses de soins.

Un des objectifs du projet pilote du Point d'entrée unique est d'augmenter et d'améliorer la coordination de l'offre des services communautaires et d'améliorer la coordination et la communication entre les professionnels au service de la population âgée. Le groupe de travail sur les liaisons, sous-comité du Comité provincial de conception, a recommandé des moyens de s'assurer que les besoins de liaison formelle sur les plans régional, ministériel et gouvernemental soient satisfaits [16].

C. LA GAMME DE SERVICES

Le groupe de travail sur l'aide aux pourvoyeurs de soins a rappelé que "la recherche démontre que les soins prodigués dans le cadre des réseaux informels (les parents ou les amis) constituent la première source d'aide aux personnes âgées dans notre société contemporaine [17]." Ce groupe a décrit une liste complète d'options afin de fournir des services de soins de la santé, des services sociaux, de même que des services communautaires au client [18].

Dans le cadre du modèle Point d'entrée unique, une gamme de services est donc mise à la disposition d'un groupe cible de personnes âgées frêles pour lesquelles le risque d'être placées

16 Liaisons fonctionnelles dans le cadre d'un système à point d'entrée unique, le 13 septembre 1989.
17 Rapport du comité de travail sur le soutien aux dispensateurs de soins, le 23 août 1989.
18 Gamme de services. Août 1989.

dans un foyer de soins est très élevé de même qu'aux personnes de leur entourage qui assument auprès d'elles le rôle de pourvoyeur de soins.

Chaque option de la gamme de services est décrite en détail dans le document préparé par le groupe de travail (voir Annexe B). Ces options sont les suivantes:

1. Évaluation gériatrique
2. Service d'auxiliaire familiale
3. Services de repas livrés à domicile
4. Soins infirmiers à domicile
5. Matériel et fournitures
6. Services d'urgence
7. Services de relève
8. Services de counselling
9. Service d'hygiène mental
10. Services résidentiels
11. Services de santé à domicile
12. Formation communautaire
13. Services de réparation et d'entretien
14. Services de transport

On parlera de services enrichis parce que le Point d'entrée unique permet d'offrir plus de services (limite de 1470$). Il permet aussi de développer des services qui n'existeraient pas dans la région. Il permet enfin de rendre plus largement accessibles des services qui le seraient peu.

D. AUTRES MODALITÉS D'APPLICATION DU MODÈLE

La mise à l'essai du modèle a révélé d'autres modalités d'application de la démarche du Point d'entrée unique. Les éléments suivants ont été relevés au cours de l'évaluation du projet pilote.

Ainsi, dans un secteur, on a confié les tâches reliées à l'accueil à des personnes autres que des professionnels. De même, le panel a été considéré comme une instance de décision tout autant qu'une instance de recommandation. (dans le premier cas, le directeur général avait délégué certaines de ses responsabilités) et pour certains dossiers, le panel a été utilisé comme lieu de consultation.

En regard des critères d'éligibilité, la mise à l'oeuvre a révélé les applications suivantes:

- application universelle - vérifier l'éligibilité de tous les cas se présentant au Point d'entrée unique;
- application sélective, première modalité - vérifier l'éligibilité des cas dont le coût du plan de services est plus de 400$ pour le ministère;
- application sélective, deuxième modalité - vérifier l'éligibilité des cas qui, selon le jugement des professionnels impliqués dans l'évaluation de ces cas, pourraient être admissibles aux services enrichis.

Au cours du projet pilote, on a inscrit avec profit aux services enrichis du Point d'entrée unique des personnes sans réseau de soutien naturel mais ayant conservé un certain degré d'autonomie.

Ces diverses modalités d'application n'avaient pas été prévues formellement lors de la conception du projet pilote.

En résumé, le premier chapitre du rapport présente le modèle du Point d'entrée unique tel qu'il était défini au début du projet pilote. La mise à l'essai avait pour but, entre autres, d'en vérifier l'applicabilité et de faire ressortir les diverses possibilités de même que les points à améliorer. Le défi à relever était double. D'une part, démontrer la possibilité d'atteindre les buts visés par le Point d'entrée unique; d'autre part, mettre en place une répartition des responsabilités propre à rendre opérationnel l'ensemble des fonctions et des tâches du modèle (voir schéma présenté dans ce chapitre).

En rapport avec les buts du modèle, les deux chapitres suivants décrivent les personnes âgées frêles visées par les services enrichis et font voir les besoins que ces services auront à combler.

CHAPITRE II

FORMATION DES COHORTES DE DÉMONSTRATION ET PROFIL GÉNÉRAL DE CHAQUE COHORTE

Afin de recueillir la plupart des informations nécessaires pour effectuer l'évaluation du projet pilote du Point d'entrée unique, un groupe composé de personnes âgées frêles a été formé dans chaque région pilote. Ce groupe est appelé cohorte parce que le nombre de personnes qu'il comprend a été fixé par la période de temps allouée pour sa formation, soit du 1er novembre 1989 au 31 mars 1990.

A. FORMATION DES COHORTES DE DÉMONSTRATION AU 31 MARS 1990

Les cohortes de démonstration se composent exclusivement de personnes âgées frêles recevant des services enrichis et ayant eu accès au Point d'entrée unique entre le 1er novembre 1989 et le 31 mars 1990 dans deux régions: la région de Fredericton et la région de la Péninsule acadienne.

Dès le début du projet, les personnes dont les noms étaient sur la liste d'attente ont été rencontrées afin de procéder à leur évaluation et leur offrir si possible les services disponibles par le biais du Point d'entrée unique. Par la suite, et ce jusqu'au 31 mars 1990, les personnes âgées frêles qui demandaient de l'aide étaient référées au Point d'entrée unique et incluses dans les cohortes de démonstration lorsqu'elles rencontraient les critères d'éligibilité aux services enrichis.

Au 31 mars 1990, 60 personnes âgées frêles de la région de Fredericton et 57 de la région de la Péninsule acadienne avaient été admises dans les cohortes de démonstration. Des 60 personnes provenant de la région de Fredericton, 26 se trouvaient sur la liste d'attente des foyers de soins au moment de la mise en oeuvre du projet et 34 avaient été référées au Point d'entrée unique par différentes sources. Des 57 personnes provenant de la région de la Péninsule acadienne, 14 se trouvaient sur la liste d'attente des foyers de soins et 43 avaient été référées au Point d'entrée unique par différentes sources.

Après l'évaluation des personnes dont les noms figuraient sur la liste d'attente, les régions pilotes ont procédé de façon différente pour inscrire des clients et clientes dans le groupe des services enrichis. Dans la région de Fredericton, les critères d'éligibilité ont été appliqués à toutes les personnes âgées dont le plan de services pouvait dépasser 400$ par mois. Dans la région de la

Péninsule acadienne, les critères d'éligibilité n'ont pas été appliqués aux clients et clientes qui de façon certaine selon le jugement des professionnels impliqués dans le projet, n'étaient pas admissibles aux services enrichis. Par suite de ces approches différentes, il résulte que le nombre de personnes faisant partie des cohortes de départ est similaire dans les deux régions et que le coût moyen par plan de services présente une différence remarquable. Afin de prendre en compte ces différentes utilisations des critères d'éligibilité, au moment de la préparation du rapport d'étape, publié le 27 août 1990, les cohortes de démonstration ont été subdivisées comme suit: deux catégories représentant le fait d'avoir été ou non sur la liste d'attente (LA - liste d'attente et NLA - non liste d'attente); deux autres catégories représentant le fait que le coût du plan de services (services de soutien communautaire achetés seulement) était soit 399$ et moins (Groupe A), soit 400$ et plus (Groupe B). Le tableau 1 présente la distribution du nombre de cas par sous-groupes ou catégories selon la cohorte.

Tableau 1 - Distribution des personnes âgées frêles faisant partie des cohortes de démonstration par catégories.

Cohorte	Nombre de personnes		
	Liste d'attente	Non liste d'attente	Total
Fredericton			
Groupe A: 399$ et -	16	12*	
Groupe B: 400$ et +	10	22	
Total	**26**	**34**	**60**
Péninsule acadienne			
Groupe A: 399$ et -	11	28	
Groupe B: 400$ et +	3	15	
Total	**14**	**43**	57

* Cette catégorie comprend les époux ou épouses des clients et clientes admissibles aux services enrichis de même que les clients et clientes dont le plan de services, modifié par la suite, était initialement de plus de 400$.

Au moment de la préparation du rapport d'étape, les quatre sous-groupes ont été comparés pour chaque cohorte en fonction des facteurs suivants: âge, sexe, langue, état civil, mode de vie, besoin d'un pourvoyeur de soins, disponibilité d'un pourvoyeur de soins, acceptation de l'aide d'un pourvoyeur de soins, relations avec le pourvoyeur de soins, disponibilité d'un pourvoyeur de soins additionnel, risque de placement faute de pourvoyeur de soins, besoin de relève pour le pourvoyeur de soins. Les résultats de ces comparaisons se trouvent à l'Annexe C du rapport d'étape. L'analyse de ces données révèle qu'aucune différence réelle (X^2; $p \geq 0.01$) entre les sous-groupes de l'une et l'autre des cohortes n'a pu être observée en ce qui a trait aux facteurs considérés. Par conséquent, le profil général présenté dans le rapport d'étape s'applique à

l'ensemble des personnes âgées frêles faisant partie des cohortes de démonstration. Ce profil général est présenté à nouveau dans les pages qui suivent tout comme d'autres informations déjà présentées dans le premier rapport.

Il faut noter qu'un profil a été préparé pour chaque cohorte dans le but de décrire la clientèle actuelle des services enrichis et non dans le but de permettre des conclusions définitives en regard de clientèles futures. Il faut noter aussi que le plan d'évaluation du projet pilote, déposé et approuvé au mois de mars 1990, ne comportait pas d'objectifs de comparaisons entre les cohortes de chaque région; il visait à décrire deux situations différentes en recueillant selon une méthode uniforme, un ensemble d'informations pertinentes.

Retraits - Entre le 31 mars et le 30 septembre 1990, un certain nombre de retraits sont survenus et les raisons de ces retraits ont été consignées. De la cohorte de Fredericton, trois dossiers ont été fermés pour raison de décès, six l'ont été pour raison d'admission dans un foyer de soins et un autre pour raison de transfert à une unité de soins palliatifs. De la cohorte de la Péninsule acadienne, un dossier a été fermé pour raison de décès, 11 l'ont été pour raison d'admission dans un foyer de soins , deux l'ont été pour raison d'admission à l'hôpital et deux par suite de révision des cas. Le tableau 2 fait voir le nombre de personnes âgées frêles qui ont eu accès au Point d'entrée unique entre le 1er novembre 1989 et le 31 mars 1990 dans chacune des deux régions (cohortes de départ), le nombre de personnes qui font encore partie des cohortes de démonstration au 30 septembre 1990. (cohortes actuelles) et le nombre de retraits survenus entre le 31 mars et le 30 septembre.

Tableau 2 - Nombre de personnes âgées frêles
faisant partie des cohortes de démonstration à deux dates différentes.

Cohorte	Nombre de personnes au 31 mars 1990	Nombre de personnes au 30 septembre 1990	Nombre de retraits
Fredericton	60	50	10
Péninsule acadienne	57	41	16

Temps de participation dans les cohortes - Un relevé du temps de participation des personnes âgées frêles faisant partie des cohortes de démonstration a été fait en mettant en rapport la date d'entrée dans la cohorte (date à laquelle l'évaluation a commencé telle qu'indiquée à la page 5 du formulaire d'évaluation) et le 30 septembre 1990, date de fin de la deuxième cueillette des données, ou la date du retrait le cas échéant.

Comme le fait voir le tableau 3, les 10 cas de retraits de la cohorte de Fredericton ont participé 6,5 mois en moyenne au projet, le temps de participation variant entre un minimum de 3 et un maximum de 10 mois. Dans la cohorte de la Péninsule acadienne, les 16 cas de retraits ont participé 5,9 mois en moyenne au projet, le temps de participation variant entre un minimum de 2 et un maximum de 11 mois.

Pour ce qui est du temps de participation des cas actifs, les 50 personnes de la cohorte actuelle de Fredericton participent depuis 9,1 mois en moyenne au projet, le temps de participation variant entre un minimum de 7 et un maximum de 11 mois. Dans la cohorte actuelle de la Péninsule acadienne, 41 personnes participent au projet depuis 8 mois en moyenne, le temps de participation variant entre un minimum de 6 et un maximum de 11 mois.

Tableau 3 - Temps de participation des personnes âgées frêles faisant partie des cohortes de démonstration.

Région	Nombre de personnes	Nombre de mois de participation			
		Minimum	Maximum	Moyenne	Médiane*
Fredericton					
Retraits	10	3	10	6,5	6,5
Cas actifs	50	7	11	9,1	10,0
Péninsule acadienne					
Retraits	16	2	11	5,9	6,0
Cas actifs	41	6	11	8,0	8,0

* Point milieu de la distribution

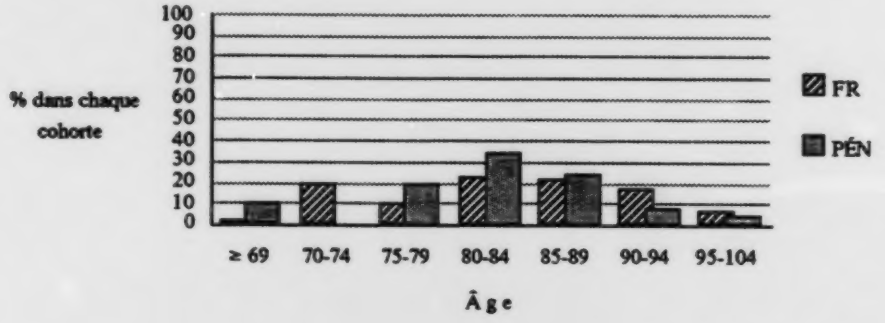
B. PROFIL GÉNÉRAL DE CHAQUE COHORTE DE DÉMONSTRATION

Les renseignements recueillis dans les parties 1B, 2A et 4E du "Formulaire d'évaluation pour soins continus du Nouveau-Brunswick" ont été compilés de manière à définir un profil général de la clientèle des cohortes de démonstration au 31 mars 1990. La compilation de ces renseignements figure à l'Annexe G. Le profil qui en résulte décrit chaque cohorte de démonstration relativement à quatre caractéristiques: l'âge, le sexe, la langue parlée et l'état civil. Ce profil est complété par des données à propos de quatre éléments complémentaires soit: le type de logement que les personnes âgées frêles habitent, leur revenu annuel, leur perception de leur propre état de santé et le nombre approximatif de visites qu'elles font chaque année à leur médecin.

CARACTÉRISTIQUES DES PERSONNES AGÉES FORMANT LES COHORTES DE DÉMONSTRATION AU 31 MARS 1990

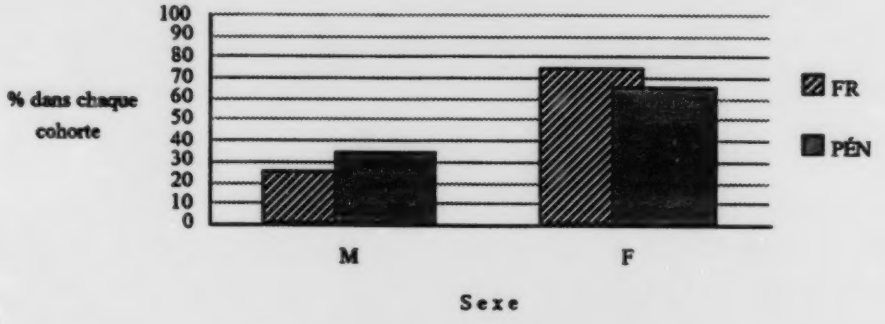
Âge au 31 mars 1990 - Dans la cohorte de Fredericton, la moyenne d' âge est de 83,2 ans avec un écart-type de 8,5. Selon les regroupements habituels, 22% des personnes âgées sont du groupe des 65 à 74 ans, 33% du groupe des 75 à 84 et 45% ont 85 ans et plus. Dans la cohorte de la Péninsule acadienne, la moyenne d'âge est de 82,3 ans avec un écart-type de 7,3. On retrouve 10% des personnes dans le groupe des 65 à 74 ans, 53% des personnes dans le groupe des 75 à 84 ans et 37% des personnes dans le groupe des 85 ans et plus.

GRAPHIQUE 1 - COMPOSITION DES COHORTES DE DÉPART EN REGARD DE L'ÂGE



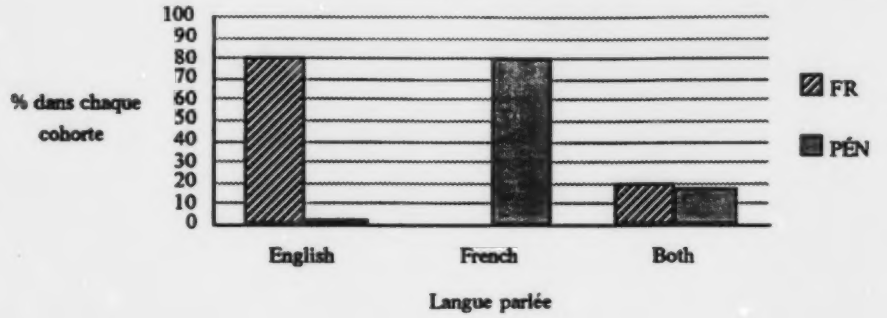
Sexe - Plus de 60% des personnes de chaque cohorte sont du sexe féminin.

GRAPHIQUE 2 - COMPOSITION DES COHORTES DE DÉPART EN REGARD DU SEXE



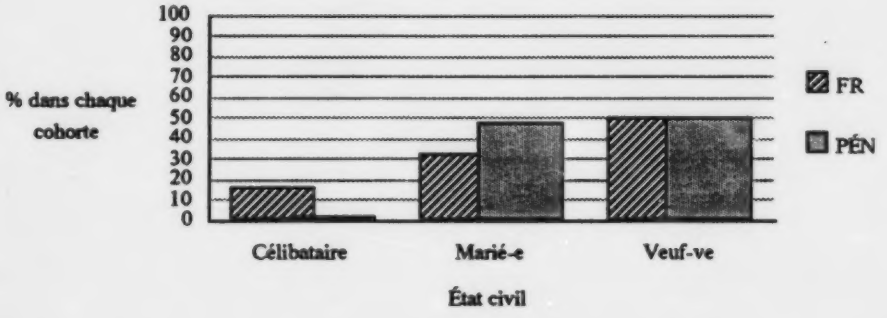
Langue parlée - La majorité des personnes de la cohorte de Fredericton sont de langue anglaise; celles de la cohorte de la Péninsule acadienne sont en majorité de langue française.

GRAPHIQUE 3 - COMPOSITION DES COHORTES DE DÉPART EN REGARD DE LA LANGUE PARLÉE



État civil- La majorité des personnes de chaque cohorte n'ont pas de compagnon ou de compagne de vie: c'est le cas de 67% des personnes de la cohorte de Fredericton et de 59% des personnes de la cohorte de la Péninsule acadienne.

GRAPHIQUE 4 - COMPOSITION DES COHORTES DE DÉPART EN REGARD DE L'ÉTAT CIVIL

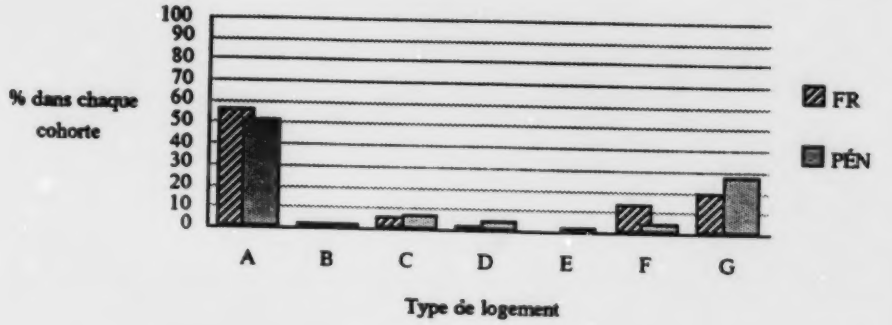


DONNÉES COMPLÉMENTAIRES SUR LES PERSONNES AGÉES FORMANT LES COHORTES DE DÉMONSTRATION AU 30 SEPTEMBRE 1990

Des renseignements consignés au moment de la réévaluation ont été recueillis dans le but de rassembler des données complémentaires sur le profil général des cohortes de démonstration. Pour les 50 personnes âgées frêles de Fredericton et les 41 de la Péninsule acadienne formant chacune des deux cohortes de démonstration en date du 30 septembre 1990, des données sont disponibles à propos de quatre éléments complémentaires soit: le type de logement qu'elles habitent, leur revenu annuel, leur perception de leur propre état de santé et le nombre approximatif de visites qu'elles font chaque année à leur médecin. Les. graphiques 5 à 8 présentent ces informations; la compilation des données figure à l'Annexe G.

Type de logement - On observe que dans l'une et l'autre des deux cohortes, plus de 50% des personnes âgées frêles vivent dans leur propre maison.

GRAPHIQUE 5 - COMPOSITION DES COHORTES ACTUELLES EN REGARD DU TYPE DE LOGEMENT

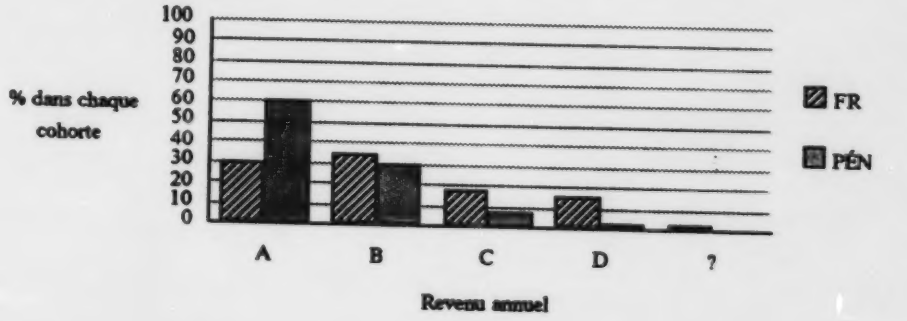


Légende:

A - Vit dans sa propre maison
B - Dans une maison louée
C - Dans un appartement
D - Dans un logement pour personnes âgées
E - Chambre et pension
F - Foyers de soins spéciaux
G - Autres: maison de son fils, hôpital, etc.

Revenu annuel - On observe que 64% des personnes âgées frêles ont moins de 15 000$ de revenu annuel dans la cohorte de Fredericton et que 91% ont moins de 15 000$ de revenu annuel dans la cohorte de la Péninsule acadienne.

GRAPHIQUE 6 - COMPOSITION DES COHORTES ACTUELLES EN REGARD DU REVENU ANNUEL

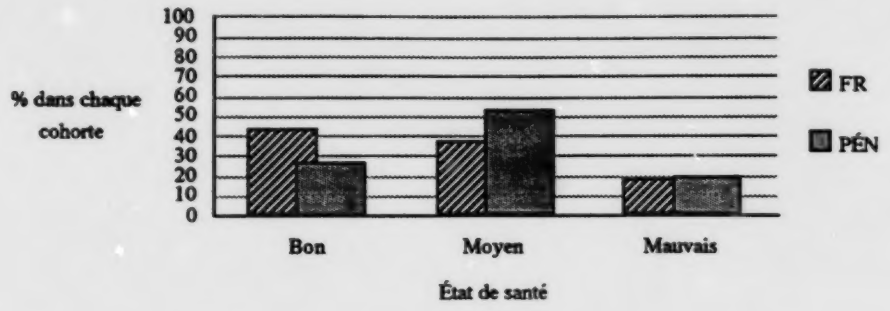


Légende:

A - Moins de 10 000$
B - De 10 000$ à 14 999$
C - De 15 000$ à 19 999$
D - 20 000$ ou plus
? - Non divulgué

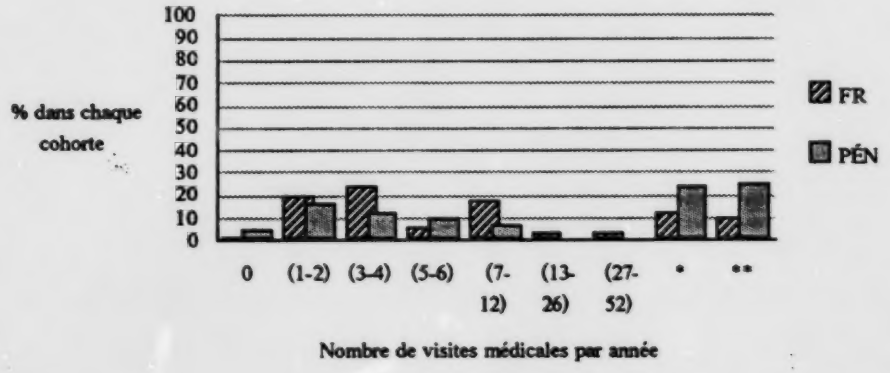
Perception de l'état de santé - On observe que dans l'une et l'autre des deux cohortes, peu de personnes âgées frêles ont la perception que leur état de santé est mauvais.

GRAPHIQUE 7 - COMPOSITION DES COHORTES ACTUELLES EN REGARD DE LA PERCEPTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ



Nombre de visites médicales - Près de 50% des personnes âgées frêles de la cohorte de Fredericton et près de 30% de la cohorte de la Péninsule acadienne disent rencontrer leur médecin de une à quatre fois l'an.

GRAPHIQUE 8 - COMPOSITION DES COHORTES ACTUELLES EN REGARD DU NOMBRE DE VISITES MÉDICALES PAR ANNÉE



* au besoin
** information manquante

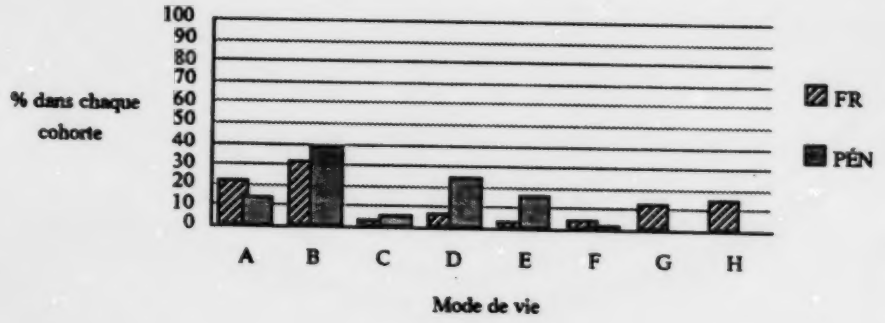
C. LE BESOIN DE SOUTIEN ET LE RÉSEAU NATUREL DE SOUTIEN

Partant des renseignements consignés dans les parties 1B, 2A et 4E du "Formulaire d'évaluation pour soins continus du Nouveau-Brunswick", on a tracé un profil général des personnes âgées frêles formant les cohortes de démonstration sous l'angle du besoin de soutien et de la réponse du réseau naturel face à ce besoin. Le profil qui en résulte décrit chaque cohorte de démonstration relativement à cinq éléments: le mode de vie, le besoin d'un pourvoyeur de soins, l'existence d'un

pourvoyeur de soins principal dans le réseau de la personne âgée, l'existence de pourvoyeurs de soins additionnels dans ce même réseau et la solidité du réseau naturel de soutien. La compilation de ces renseignements figure à l'Annexe G.

Mode de vie - Plus de 30% des personnes de la cohorte de Fredericton et près de 40% des personnes de la cohorte de la Péninsule acadienne vivent avec leur époux ou épouse. L'information recueillie au 31 mars 1990 laisse voir que près de 15% des personnes de la cohorte de Fredericton vivent avec une personne embauchée; cette situation ne se retrouve pas dans la cohorte de la Péninsule acadienne. Au 30 septembre 1990, la situation a très peu changé pour l'une et l'autre des deux cohortes.

GRAPHIQUE 9 - COMPOSITION DES COHORTES DE DÉPART EN REGARD DU MODE DE VIE

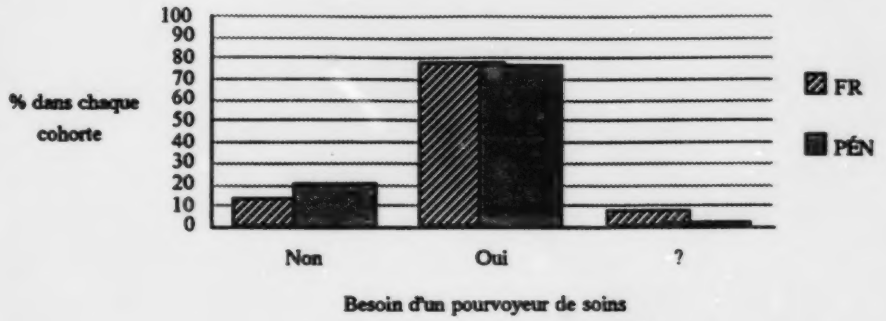


Légende:

A - Vit seul ou seule
B - Avec époux ou épouse
C - Avec époux ou épouse et enfant(s)
D - Avec fille
E - Avec fils
F - Avec autre parent
G - Avec aide payée
H - Autre mode: foyers de soins spéciaux, hôpital, etc.

Besoin d'un pourvoyeur de soins - L'information recueillie au 31 mars 1990 sur le besoin d'un pourvoyeur de soins indique que dans l'une et l'autre des deux cohortes, plus de 75% des personnes âgées frêles ont besoin d'un pourvoyeur de soins pour continuer à vivre hors d'une institution. Il s'agit ici du jugement professionnel des travailleurs sociaux qui ont évalué les personnes concernées. Au 30 septembre 1990, on note que pour la cohorte de Fredericton la situation est inchangée. Cependant, des informations sont disponibles pour quatre cas supplémentaires: trois de ces cas ne requièrent pas de pourvoyeur de soins naturel, l'autre en requiert un. Dans la cohorte de la Péninsule acadienne, une personne ne requérant pas de pourvoyeur de soins naturel en mars 1990 en requiert un en septembre 1990.

GRAPHIQUE 10 - COMPOSITION DES COHORTES DE DÉPART EN REGARD DU BESOIN D'UN POURVOYEUR DE SOINS

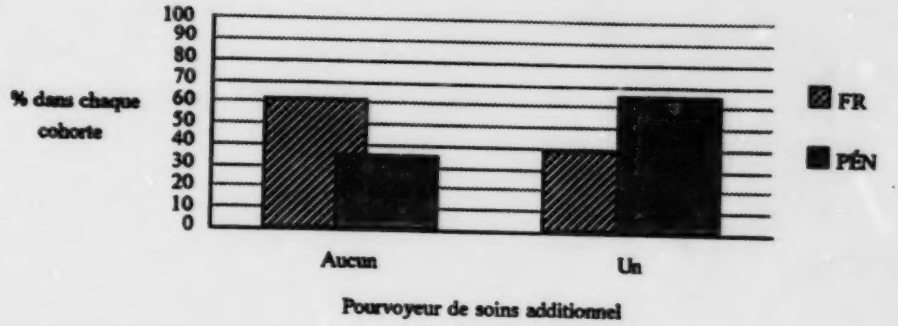


Note: Le point d'interrogation (?) indique une réponse difficile à interpréter ou une information manquante.

Pourvoyeur de soins principal - Dans la cohorte de Fredericton, 83% des personnes âgées frêles ont donné le nom d'un pourvoyeur de soins principal; dans la cohorte de la Péninsule acadienne, 97% des personnes âgées ont identifié un tel pourvoyeur dans leur réseau naturel.

Pourvoyeur de soins additionnel - Au 31 mars 1990, 38% des personnes de la cohorte de Fredericton ont identifié un pourvoyeur de soins additionnel et 65% de la Péninsule acadienne en ont identifié un (Graphique 11). Au 30 septembre 1990, seulement 20% des personnes de la cohorte de Fredericton ont nommé un pourvoyeur de soins additionnel; dans la cohorte de la Péninsule acadienne, 54% ont identifié un pourvoyeur de soins naturel additionnel.

GRAPHIQUE 11 - COMPOSITION DE LA COHORTE DE DÉPART EN REGARD DU FAIT D'AVOIR OU NON UN POURVOYEUR DE SOINS ADDITIONNEL



Réseau naturel de soutien - Il nous a semblé opportun de regrouper sous le titre "réseau naturel de soutien" les six éléments suivants:

a) vivre seul-e;
b) avoir besoin d'un pourvoyeur de soins;
c) n'avoir aucun pourvoyeur de soins disponible;
d) ne pas accepter d'aide;
e) ne pas avoir un deuxième pourvoyeur de soins naturel;
f) être à risque d'institutionnalisation s'il n'y a pas de pourvoyeur de soins disponible.

Pour sa survie et son bien-être la personne humaine, encore plus la personne âgée frêle, a besoin d'un réseau de personnes capables d'entraide et d'écoute. Les six éléments relevés ci-dessus rassemblent l'information disponible dans le Formulaire d'évaluation pour soins continus du Nouveau-Brunswick au sujet du réseau naturel de soutien. Un dossier où l'on trouverait une réponse affirmative à chacune de ces six questions indiquerait un réseau naturel très fragile sinon inexistant.

Parmi ces éléments, un seul nous informe sur l'étendue de ce réseau naturel. Pour les personnes âgées frêles ayant constamment besoin d'aide, il est important de pouvoir compter sur plus d'un pourvoyeur de soins. Un pourvoyeur de soins additionnel peut partager les tâches avec le pourvoyeur de soins principal, lui apporter un support moral et de cette façon prévenir l'épuisement qui est un problème fréquent chez ce dernier.

Afin de connaître la solidité du réseau naturel de soutien des cohortes de démonstration actuelles, on a procédé à l'addition du nombre de problèmes que les personnes de chaque cohorte rencontraient dans leur environnement familial et social au 30 septembre 1990. Les résultats

présentés au tableau 4 montrent que 68% des personnes de la cohorte de Fredericton rencontrent 3, 4 et 5 problèmes; 29% de la cohorte de la Péninsule acadienne rencontrent 3 et 4 problèmes. On peut croire que le réseau naturel de soutien de ces personnes est fragile. On aurait sans doute un meilleur tableau de la situation si l'on pouvait ajouter aux éléments énumérés ci-dessus, une indication de la capacité du pourvoyeur de soins naturel à procurer à la personne âgée frêle les soins qui lui sont nécessaires.

Tableau 4 - Proportion des personnes âgées frêles des cohortes actuelles rencontrant un certain nombre de problèmes dans leur environnement familial et social

Cohorte	Nombre de problèmes rencontrés						
	0	1	2	3	4	5	6
	%	%	%	%	%	%	%
Fredericton (N=50)	0	6	26	50	10	8	0
Péninsule acadienne (N=41)	3	17	51	22	7	0	0

RÉSUMÉ ET CONCLUSION

En guise de conclusion de ce chapitre nous présentons trois synthèses. La première rappelle le mode de formation des cohortes de démonstration. La seconde concerne les principales données analysées en rapport avec le profil général des personnes âgées frêles des deux cohortes de démonstration. La troisième concerne les besoins de soutien de ces mêmes personnes et la capacité de réponse de leur réseau de soutien naturel.

Formation des cohortes de démonstration - Les cohortes de démonstration se composent exclusivement de personnes âgées frêles recevant des services enrichis et qui ont eu accès au Point d'entrée unique entre le 1er novembre 1989 et le 31 mars 1990 dans deux régions: la région de Fredericton et celle de la Péninsule acadienne.

. Les régions pilotes ont procédé de façon différente pour inscrire des clients et clientes dans le groupe des services enrichis.

- Dans la région de Fredericton, les critères d'éligibilité ont été appliqués à toutes les personnes âgées dont le plan de services pouvait dépasser 400$ par mois.

- Dans la région de la Péninsule acadienne, les critères d'éligibilité n'ont pas été appliqués aux clients et clientes qui de façon certaine selon le jugement des professionnels impliqués dans le projet, n'étaient pas admissibles aux services enrichis.

- L'effet de ces différences dans l'application des critères d'éligibilité sur le profil général présenté dans ce chapitre a été vérifié. Il s'est avéré non significatif.

. Entre le 31 mars et le 30 septembre 1990 (dates retenues aux fins de l'évaluation, un certain nombre de retraits sont survenus dans l'une et l'autre des cohortes de démonstration.

- Des 60 dossiers de la cohorte de Fredericton, trois ont été fermés par la suite pour raison de décès, six l'ont été pour raison d'admission dans un foyer de soins et un autre pour raison de transfert à une unité de soins palliatifs.

- Des 57 dossiers de la cohorte de la Péninsule acadienne, un a été fermé pour raison de décès, 11 l'ont été pour raison d'admission dans un foyer de soins , deux l'ont été pour raison d'admission à l'hôpital et deux par suite de révision des cas.

- Au 30 septembre 1990, la cohorte actuelle de Fredericton comprend donc 50 dossiers et celle de la Péninsule acadienne, 41 dossiers.

Temps de participation

. Les 10 cas de retraits de la cohorte de départ de Fredericton ont participé 6,5 mois en moyenne au projet, le temps de participation variant entre un minimum de 3 et un maximum de 10 mois.

. Les 16 cas de retraits de la cohorte de départ de la Péninsule acadienne ont participé 5,9 mois en moyenne au projet, le temps de participation variant entre un minimum de 2 et un maximum de 11 mois.

. Les 50 personnes de la cohorte actuelle de Fredericton participent depuis 9,1 mois en moyenne au projet, le temps de participation variant entre un minimum de 7 et un maximum de 11 mois.

. Les 41 personnes de la cohorte actuelle de la Péninsule acadienne participent au projet depuis 8 mois en moyenne, le temps de participation variant entre un minimum de 6 et un maximum de 11 mois.

Caractéristiques générales des personnes âgées frêles des cohortes de démonstration - Les caractéristiques décrivant chaque cohorte de démonstration sont les suivantes: l'âge, le sexe, la langue parlée, l'état civil, le type de logement, le revenu annuel, la perception de l'état de santé et le nombre approximatif de visites médicales par année.

. L'âge moyen des personnes formant la cohorte de Fredericton est de 83,2 ans; il est de 82,3 ans pour la cohorte de la Péninsule acadienne.

. La majorité sont du sexe féminin: 75% dans la cohorte de Fredericton et 63% dans celle de la Péninsule acadienne.

. La cohorte de Fredericton est composée à 80% de personnes âgées frêles de langue anglaise; celle de la Péninsule acadienne comprend 86% de personnes âgées frêles de langue française.

- Un bon nombre des personnes de la cohorte de Fredericton vivent seules ou avec une aide payée (22%); des personnes de la cohorte de la Péninsule acadienne, 12% vivent seules et aucune ne vit avec une aide payée.

- Dans les deux cohortes, plus de 50% des personnes vivent dans leur propre maison.

- Dans la cohorte de Fredericton (64%) ont un revenu annuel de moins de 15 000$; c'est le cas de 91% des personnes âgées frêles de la cohorte de la Péninsule acadienne.

- La majorité des personnes âgées frêles se perçoivent en bonne santé.

- Près de 50% de personnes de la cohorte de Fredericton disent rencontrer leur médecin de une à quatre fois l'an; près de 30% des personnes de la cohorte de la Péninsule acadienne disent la même chose.

Besoin de soutien et réponse du réseau de soutien naturel - Cinq éléments ont été retenus ici pour décrire le besoin de soutien et la réponse du réseau de soutien naturel face à ce besoin: le mode de vie, le besoin d'un pourvoyeur de soins, l'existence d'un pourvoyeur de soins principal dans le réseau naturel de la personne âgée, l'existence de pourvoyeurs de soins additionnels dans ce même réseau et la solidité du réseau naturel de soutien.

- Mode de vie: 22% des personnes de la cohorte de Fredericton vivent seules ou avec une aide payée; 13% de la Péninsule acadienne vivent seules et aucune personne ne vit avec une aide payée.

- Besoin d'un pourvoyeur de soins: dans les deux cohortes, plus de 75% des personnes ont besoin d'un pourvoyeur de soins pour continuer à vivre hors d'une institution.

- Existence d'un pourvoyeur de soins principal: dans les deux cohortes, la grande majorité (83% et 97%) des personnes ont identifié un pourvoyeur de soins principal.

  Existence d'un pourvoyeur de soins additionnel: la majorité des personnes de la cohorte de Fredericton ne peuvent identifier une pourvoyeur de soins additionnel; ce n'est pas le cas dans la cohorte de la Péninsule acadienne.

- Le réseau familial et social apparaît fragile pour 68% des personnes de la cohorte de Fredericton et 29% de celles de la cohorte de la Péninsule acadienne.

Ce chapitre a présenté les cohortes de démonstration du Point d'entrée unique et a fait état des caractéristiques générales de la cohorte de Fredericton et de la cohorte de la Péninsule acadienne. Il a présenté également le besoin de soutien identifié chez les personnes âgées frêles formant les cohortes et a fait état de la capacité de leur réseau naturel de soutien à répondre à ce besoin.

Le chapitre suivant rend compte d'une étude des besoins de ces mêmes personnes au plan de la vie quotidienne et au plan de la santé. Une telle étude vient en quelque sorte expliquer le besoin de soutien observé dans le présent chapitre.

CHAPITRE III

PROFIL DES BESOINS DES COHORTES DE DÉMONSTRATION

Le profil des besoins des cohortes de démonstration résulte de la compilation des évaluations faites par le travailleur ou la travailleuse sociale d'une part et l'infirmier ou l'infirmière d'autre part. Ces professionnels ont exprimé leur évaluation ou rapporté les observations et le jugement des personnes âgées frêles en indiquant soit le degré de problème rencontré par elles, soit le degré d'aide qui lui serait nécessaire pour s'organiser malgré les problèmes ou limites observés.

Cette évaluation est dite multidisciplinaire car elle comprend une évaluation sociale et une évaluation de la santé. Elle vise à connaître les besoins des personnes âgées dans six domaines qui tout en étant distincts sont reliés entre eux par leurs effets réciproques.

1) L'état de santé physique - dix-sept éléments servent à définir et à évaluer la santé physique. Les informations recueillies concernent entre autres la communication (vue, ouie, expression et compréhension), l'organisation personnelle (médicaments, sommeil, régime alimentaire) et les grandes fonctions corporelles (respiration, circulation, élimination).

2) La mobilité - diminution de la force physique, des sensations, de la coordination musculaire, rigidité et diminution de l'équilibre sont autant de problèmes de fonctionnement physique qui peuvent handicaper la personne âgée et réduire sa mobilité tant à l'intérieur qu'à l'extérieur.

3) Les activités de la vie quotidienne - Se nourrir, se vêtir, faire sa toilette, etc. sont des activités considérées essentielles à la survie et au bien-être individuels. Conserver son autonomie, c'est conserver un niveau de santé physique et mentale assez élevé pour être capable de mener de façon autonome ces activités de la vie quotidienne.

4) Les activités instrumentales de la vie quotidienne - Il s'agit ici d'un ensemble d'activités qui doivent se dérouler quotidiennement pour le bon fonctionnement d'une maisonnée. Ce sont des activités telles que faire les emplettes, préparer les repas, faire l'entretien ménager, effectuer les transactions bancaires, etc.

5) L'état de santé mentale - La santé mentale est le point d'appui de l'autonomie individuelle. L'agilité d'esprit, l'orientation dans l'espace et le temps, la mémoire et la capacité de jugement et de décision définissent la santé mentale dans le présent contexte.

6) L'état psychosocial - La participation à la vie familiale ou sociale peut être plus ou moins satisfaisante et agréable selon que la personne âgée est accablée ou non par des problèmes tels que l'anxiété, la dépression, des tendances à la méfiance ou à l'agressivité. Un ensemble de dix-sept éléments sont examinés sous le titre d'état psychosocial.

Pour illustrer les besoins de chaque cohorte de démonstration, les six domaines identifiés ci-dessus sont considérés sous deux angles complémentaires: le profil d'ensemble observé au 31 mars 1990 et les changements observés du 1er avril au 30 septembre 1990.

Les résultats des cohortes au 31 mars 1990 proviennent de la compilation des jugements inscrits dans la section Résumé de l'évaluation, Partie VII du Formulaire d'évaluation pour soins continus du Nouveau-Brunswick. Pour chaque cohorte, la principale information donnée par ce profil est le pourcentage des personnes qui se situaient à tel ou tel niveau de fonctionnement ou de santé au moment de l'évaluation. L'état des personnes âgées frêles est exprimé à l'aide d'une échelle en quatre points pouvant être interprétée, selon l'élément évalué, par rapport à l'un ou l'autre ou encore par rapport aux deux continuums: la gravité du problème et le degré d'aide nécessaire.

POINT SUR L'ÉCHELLE ET DÉFINITION

1 Pas de limite ou de problème
et/ou
Capacité de s'organiser complètement par soi-même

2 Existence d'une limite ou d'un problème
et/ou
Capacité de s'organiser avec de l'aide

3 Limite ou problème sérieux
et/ou
Capacité de s'organiser, besoin de surveillance régulière

4 Limite ou problème grave
et/ou
Incapacité de s'organiser par soi-même, besoin de surveillance constante

Les changements observés proviennent des informations recueillies lors de la réévaluation périodique prévue dans le modèle Point d'entrée unique. Les résultats de la compilation de ces informations sont présentés à l'annexe H (cohortes actuelles, sept. 90). Ces résultats sont comparés avec ceux des cohortes de départ, présentés également à l'annexe H (cohortes de départ). Les changements notés sont signalés au fur et à mesure dans le texte.

PREMIER DOMAINE: L'ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE

Le profil d'ensemble observé au 31 mars 1990 - Le graphique 12 montre que les principaux problèmes de santé physique des personnes âgées frêles sont les suivants:

- La gestion des médicaments - 32% des personnes de la cohorte Fredericton et 52% de celles de la cohorte de la Péninsule acadienne se trouvent devant un problème sérieux ou grave (colonne A, points 3 et 4 sur l'échelle). Ces personnes ne peuvent s'organiser sans une surveillance régulière ou constante.

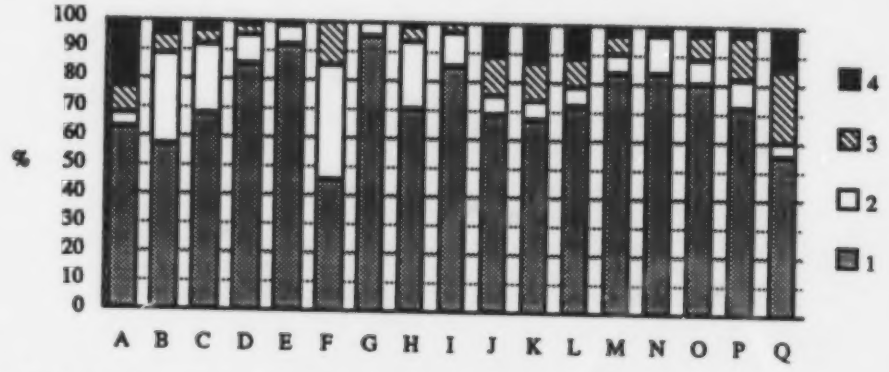
- Le fonctionnement physique - 40% des personnes de la cohorte Fredericton et 38% de celles de la cohorte de la Péninsule acadienne se trouvent devant un problème sérieux ou grave (colonne Q, points 3 et 4 sur l'échelle). La diminution de la force physique, des sensations, de la coordination musculaire, la rigidité et la diminution de l'équilibre sont autant de problèmes qui peuvent handicaper la personne âgée frêle.

- L'élimination urinaire et intestinale - 27% et 22% des personnes de la cohorte Fredericton se trouvent devant des problèmes sérieux ou graves (colonnes K et L, points 3 et 4 sur l'échelle); 19% et 16% de celles de la Péninsule acadienne se trouvent devant ces mêmes problèmes.

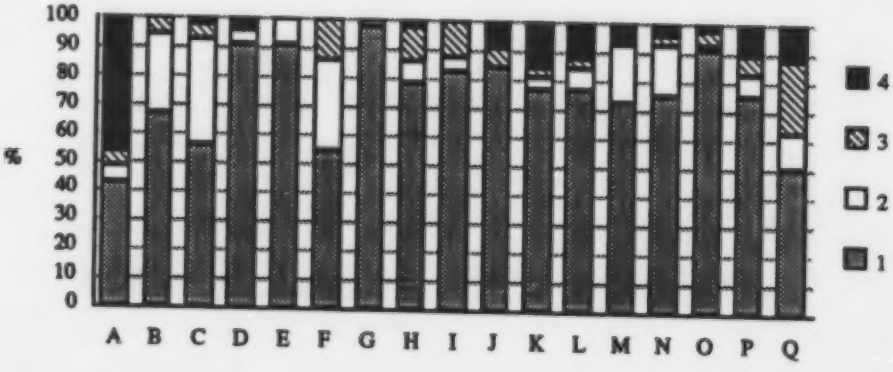
- Les soins de la peau - 25% des personnes de Fredericton et 16% de celles de la Péninsule acadienne se trouvent devant un problème sérieux ou grave (colonne J, points 3 et 4).

GRAPHIQUE 12 - ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE

Cohorte de Fredericton



Cohorte de la Péninsule acadienne



Légende:

A - Gestion des médicaments	B -Vision	C -Ouïe	D -Expression orale
E - Compréhension	F - Dentition	G - Hygiène buccale	H - Régime alimentaire
I - Hydratation	J -Peau/soins de la peau	K -Élimination urinaire	L -Élimination intestinale
M -Soulagement de la douleur	N -Sommeil	O -Respiration	P -Circulation sanguine
Q -Fonctionnement physique			

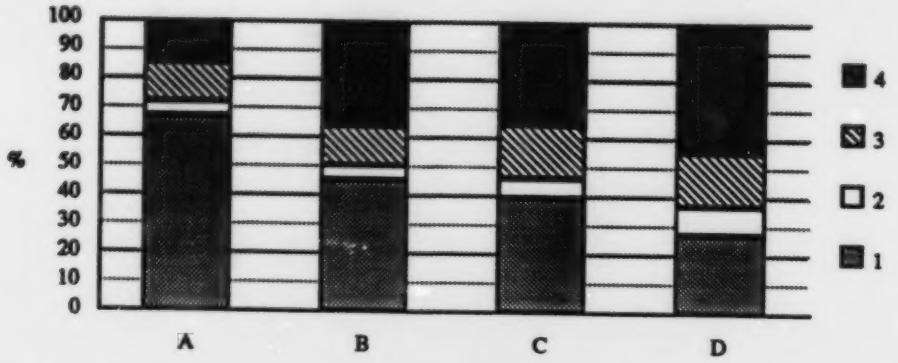
Les changements observés au 30 septembre 1990 - La gestion des médicaments est de 14% plus élevé dans la cohorte de Fredericton et de 15% plus élevé dans la cohorte de la Péninsule acadienne qu'au 31 mars 1990. En rapport avec la peau et les soins de la peau, on note une amélioration chez les personnes de la cohorte de la Péninsule acadienne où 12% de moins rapportent des problèmes de niveau 3 ou 4. Pour ce qui est des problèmes d'élimination et de soulagement de la douleur, la situation est stable pour les deux cohortes. L'on observe par ailleurs une lente progression des problèmes et des handicaps reliés au fonctionnement physique: les personnes rapportant des problèmes de niveau 3 ou 4 est de 9% plus élevé dans la cohorte de Fredericton et de 7% plus élevé dans la cohorte de la Péninsule acadienne.

DEUXIEME DOMAINE: LA MOBILITÉ

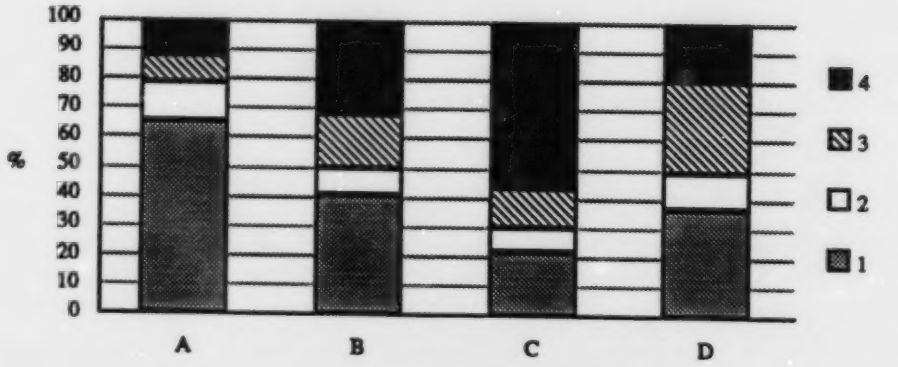
Le profil d'ensemble observé au 31 mars 1990 - Dans l'une et l'autre des deux cohortes, 50% ou plus des personnes âgées frêles ont des problèmes sérieux ou graves par rapport à la mobilité à l'extérieur de la maison, aux escaliers et aux rampes de même qu'avec le transport (Graphique 13: colonnes B, C et D - points 3 et 4 de l'échelle).

GRAPHIQUE 13 - MOBILITÉ

Cohorte de Fredericton



Cohorte de la Péninsule acadienne



Légende:

A - Mobilité à l'intérieur
B - Mobilité à l'extérieur
C - Escaliers/rampes
D - Transport

Les changements observés au 30 septembre 1990 - Dans l'une et l'autre des cohortes, un plus grand nombre (14% plus élevé) rapportent des problèmes de niveau 3 ou 4 par rapport aux escaliers et aux rampes. Dans la cohorte de Fredericton, le problème de mobilité à l'extérieur est de 14% plus élevé qu'au 31 mars 1990; dans la cohorte de la Péninsule acadienne, il est de 19% plus élevé par rapport à la capacité de se déplacer en voiture . Par ailleurs, il faut noter que lors des entrevues, quelques personnes âgées frêles de la cohorte de la Péninsule acadienne ont dit avoir retrouvé une certaine mobilité à l'intérieur de leur demeure suite à l'utilisation d'équipement spécialisé.

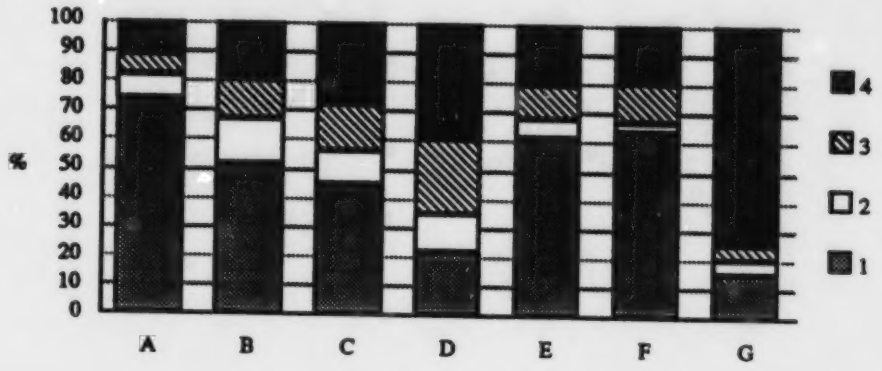
TROISIEME DOMAINE: LES ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE

Le profil d'ensemble observé au 31 mars 1990 - Le graphique 14 montre que parmi les activités de la vie quotidienne, prendre un bain et prendre soin de ses pieds sont celles qui causent des problèmes sérieux ou graves (colonnes D et G, points 3 et 4) au plus grand nombre de personnes âgées formant les cohortes. Pour ce qui est de la cohorte de Fredericton, plus de 60% ont des problèmes à prendre un bain et 80% en ont à prendre soin de leurs pieds. Dans le cas de la cohorte de la Péninsule acadienne, 76% ont des problèmes à prendre un bain et 53% en ont à prendre soin de leurs pieds. Se vêtir, faire sa toilette, utiliser les toilettes et faire des "transferts" - se lever, s'asseoir, etc.- sont aussi des problèmes sérieux ou graves (colonnes B, C, E et F, points 3 et 4) pour 25% à 40% des personnes âgées formant les cohortes.

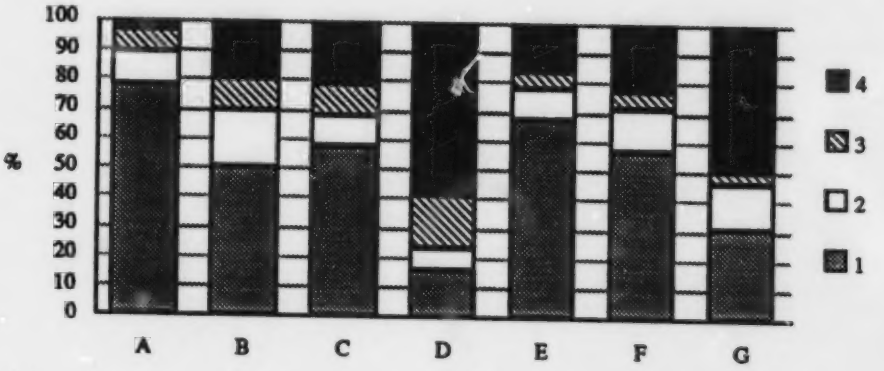
Les changements observés au 30 septembre 1990 - Ce sont les mêmes éléments qui occasionnent les problèmes sérieux ou graves au 30 septembre 1990: la proportion des personnes rapportant des problèmes de niveau 3 ou 4 par rapport à la capacité de prendre un bain est de 12% plus élevée dans la cohorte de Fredericton qu'elle l'était au 31 mars 1990; cette proportion est aussi de 11% plus élevée dans la cohorte de la Péninsule acadienne. Au moment de la réévaluation c'est maintenant près de la moitié des personnes âgées frêles de chaque cohorte qui rapportent des problèmes de niveau 3 ou 4 par rapport à la capacité de faire sa toilette: 48% dans la cohorte de Fredericton, 47% dans celle de la Péninsule acadienne.

GRAPHIQUE 14 - ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE

Cohorte de Fredericton



Cohorte de la Péninsule acadienne



Légende:

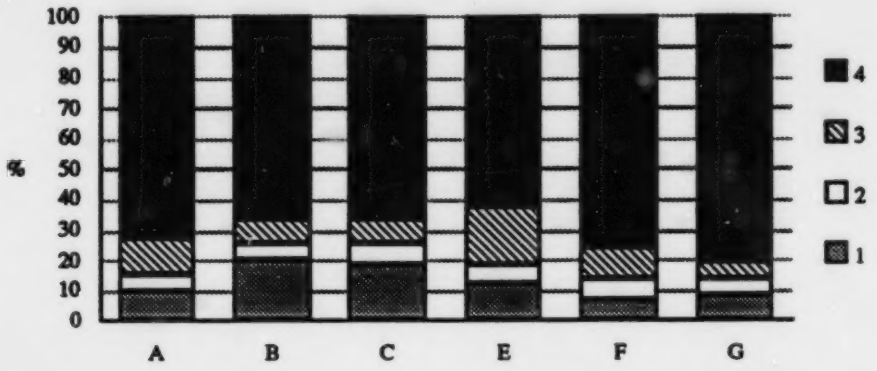
A - Se nourrir
B - Se vêtir
C - Faire sa toilette
D - Prendre son bain
E - Utilisation des toilettes
F -Transferts (se lever, se coucher, s'asseoir, etc.)
G - Soins des pieds

QUATRIEME DOMAINE: LES ACTIVITÉS INSTRUMENTALES DE LA VIE QUOTIDIENNE

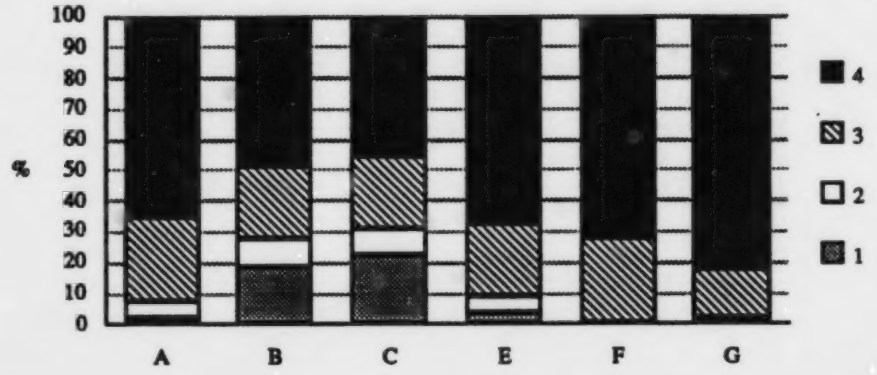
Le profil d'ensemble observé au 31 mars 1990 - Comme le fait voir le graphique 15, les activités instrumentales de la vie quotidienne sont toutes difficiles à accomplir pour les personnes âgées frêles des deux cohortes. La proportion des personnes rapportant des problèmes sérieux ou graves est de 70%. ou plus par rapport à la capacité de faire des emplettes, des transactions bancaires, de la gestion du budget aussi bien que de préparer des repas, faire de l'entretien ménager et des réparations/entretien extérieur (colonnes: A, B, C, E, F ET G; points 3 et 4 de l'échelle).

GRAPHIQUE 15 - ACTIVITÉS INSTRUMENTALES DE LA VIE QUOTIDIENNE

Cohorte de Fredericton



Cohorte de la Péninsule acadienne



Légende: A - Emplettes
B - Transactions bancaires
C - Gestion du budget/affaires
D - Utilisation du téléphone (Information non disponible).
E - Préparation des repas
F - Entretien ménager
G - Réparations/entretien extérieur

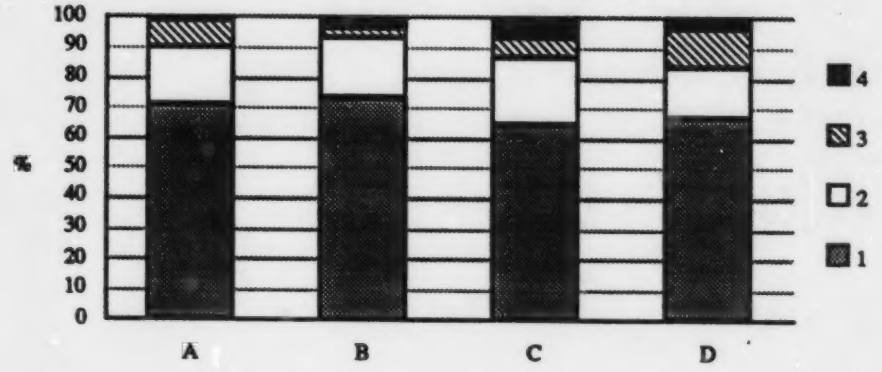
Les changements observés au 30 septembre 1990 - La proportion des personnes rapportant des problèmes sérieux ou graves par rapport à la capacité de faire les emplettes, effectuer les transactions bancaires et voir à l'entretien ménager est respectivement de 9%, 9% et 11% plus élevée dans la cohorte de Fredericton qu'au 31 mars 1990; elle est respectivement de 14%, 24% et 13% plus élevée par rapport à la capacité d'effectuer les transactions bancaires, la gestion du budget/affaires et la préparation des repas dans la cohorte de la Péninsule acadienne.

CINQUIEME DOMAINE: L'ÉTAT DE SANTÉ MENTALE

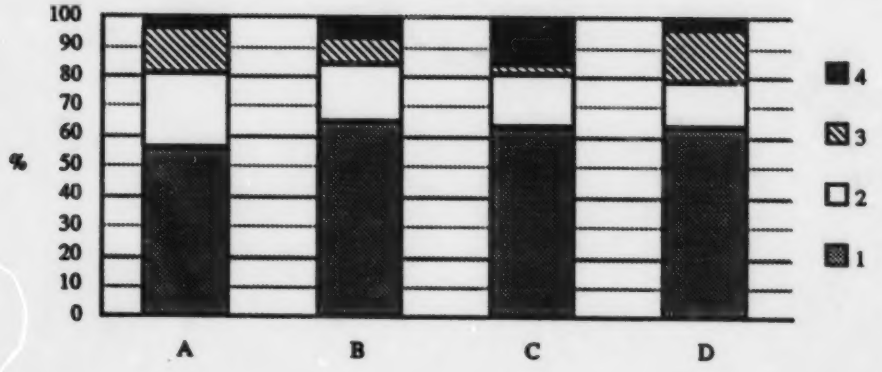
Le profil d'ensemble observé au 31 mars 1990 - Il y a des problèmes sérieux ou graves par rapport à la capacité de jugement et de décision dans les deux cohortes; la proportion est autour de 20% (Graphique 6: colonne D, points 3 et 4 de l'échelle).

GRAPHIQUE 16 - ÉTAT DE SANTÉ MENTALE

Cohorte de Fredericton



Cohorte de la Péninsule acadienne



Légende: A - Agilité d'esprit B - Orientation C - Mémoire D - Jugements-décisions

Les changements observés au 30 septembre 1990 - Dans la cohorte de Fredericton, la proportion des personnes rapportant des problèmes sérieux ou graves par rapport à l'orientation, à la mémoire et à la capacité de jugement et de la décision est plus élevée d'environ 10%. Dans la cohorte de la Péninsule acadienne, on peut considérer la situation comme stable.

SIXIEME DOMAINE: L'ÉTAT PSYCHOSOCIAL

Pour la préparation du profil relié à l'état psychosocial, une échelle en trois points a été utilisée afin de rendre compte de la situation de façon plus adéquate:

POINT SUR L'ÉCHELLE ET DÉFINITION

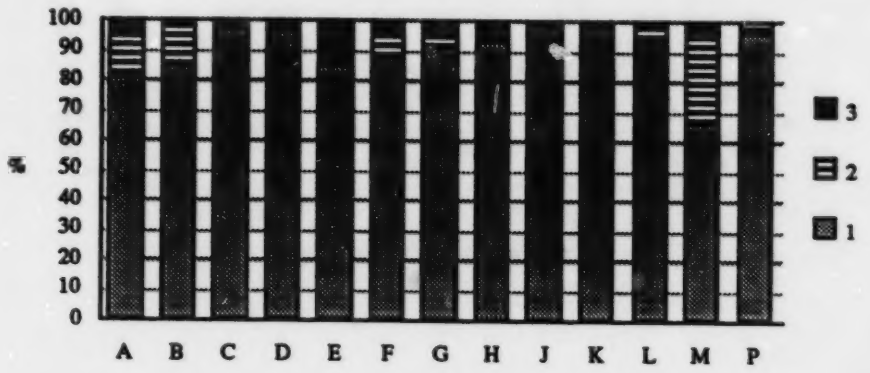
1 Pas de problème; capacité d'agir sans surveillance; aucune intervention nécessaire
2 Existence d'un problème; besoins de surveillance régulière; intervention régulière nécessaire.
3 Existence d'un problème; surveillance constante ou interventions fréquentes nécessaires.

Le profil d'ensemble observé au 31 mars 1990 - Le graphique 17 montre l'existence de problèmes pour 20% à 30% des personnes de la cohorte de Fredericton en rapport avec l'anxiété, la dépression, l'agitation, leurs interactions sociales et leurs loisirs (colonnes A, B, E et M; points 2 et 3 de l'échelle). Pour ce qui est de la cohorte de la Péninsule acadienne, 50% éprouvent des problèmes en rapport avec leurs interactions sociales et leurs loisirs; environ 20% en ont avec l'anxiété, la dépression et l'agitation.

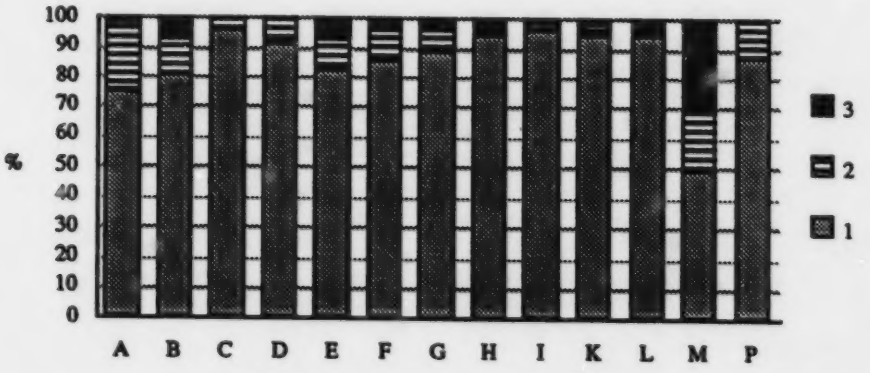
Les changements observés au 30 septembre 1990 - La situation est presque inchangée au 30 septembre 1990. L'agitation, l'agressivité et l'anxiété constituent des problèmes pour 12% à 24% des personnes de la cohorte de Fredericton. Dans la région de la Péninsule acadienne, le manque d'interactions sociales est rapporté comme un problème par 56% des personnes de cette cohorte; la dépression qui était vue comme un problème de niveau 3 sur l'échelle par 17% des personnes de la cohorte au 31 mars 1990, n'est relevée que par 9% des personnes de cette cohorte au 30 septembre 1990.

GRAPHIQUE 17 - ÉTAT PSYCHOSOCIAL

Cohorte de Fredericton



Cohorte de la Péninsule acadienne



Légende:

A - Anxiété
B - Dépression
C - Tendances suicidaires
D - Méfiance/paranoïa
E - Agitation
F - Agressivité
G - Manie d'amasser ou de fouiller
H - Déambulations
I - Ingestion de substances étrangères *
J - Abus de subs. psychotropes **
K - Fumage
L - Sexualité
M - Interactions sociales/loisirs
N - Valeurs/croyances/spiritualité ***
O - Adaptation inefficace ***
P - Vulnérabilité
Q - Danger potentiel ***

* Dans la région de Fredericton, on n'a indiqué aucun problème de cet ordre.
** Information non disponible pour la région de la Péninsule acadienne.
*** Information non disponible.

RÉSUME ET CONCLUSION

En dernière analyse nous avons préparé un tableau pour décrire l'ampleur des problèmes identifiés par rapport à la vie de tous les jours pour les personnes âgées frêles des deux cohortes. Ainsi le tableau 5 présente le nombre de problèmes sérieux et graves rencontrés par les personnes âgées des cohortes de Fredericton et de la Péninsule acadienne dans les domaines des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ), des activités de la vie quotidienne (AVQ) et de la mobilité. Il nous faut constater que 71% des personnes âgées de chaque cohorte ne peuvent accomplir sans aide régulière ou constante au moins cinq des sept activités dites instrumentales de la vie quotidienne; que 48% des personnes âgées frêles de la cohorte de Fredericton et 38% de celles de la cohorte de la Péninsule acadienne ont besoin d'aide régulière ou constante pour au moins cinq des trois activités de la vie quotidienne et que plus de 60% des personnes de chaque cohorte ont des problèmes à se mouvoir sans aide.

Tableau 5 : Nombre de problèmes rencontrés dans les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ), les activités de la vie quotidienne (AVQ) et la mobilité.

Nombre de problèmes	Cohorte de Fredericton			Cohorte de la Pén. acad.		
	AIVQ	AVQ	Mobilité	AIVQ	AVQ	Mobilité
	%	%	%	%	%	%
Aucun	7	10	35	0	18	29
Un	2	25	10	0	20	20
Deux	8	17	8	0	25	21
Trois	3	8	18	11	11	16
Quatre	8	10	28	18	2	14
Cinq	3	8		7	13	
Six	68	12		33	7	
Sept	0	10		31	5	

AIVQ: Faire les emplettes, effectuer les transactions bancaires, gérer le budget et les affaires, faire usage du téléphone, préparer les repas, faire l'entretien ménager, faire les réparations et l'entretien extérieur.

AVQ Se nourrir, se vêtir, faire sa toilette, prendre son bain, utiliser les toilettes, effectuer des transferts (se lever, se coucher, s'asseoir, etc.), prendre soin des pieds.

MOBILITÉ Se mouvoir à l'intérieur de la maison, se mouvoir à l'extérieur, descendre et monter les escaliers, utiliser les transports.

En somme, le profil des besoins tracé dans cette section nous a permis de constater que les besoins les plus élevés se situent dans le domaine des activités instrumentales de la vie quotidienne, notamment pour les soins personnels tels que: prendre un bain , prendre soin de ses pieds et se vêtir. Si l'on considère l'état de ces besoins à partir d'un point de vue de résolution de problèmes, l'on peut supposer que les problèmes relevés dans les domaines de la santé physique,

de la santé mentale et de l'état psychosocial sont susceptibles d'expliquer en bonne partie cette situation .

Les personnes âgées frêles ont donc besoin d'aide presque constamment. Cela rend d'autant plus important le réseau naturel de support de ces personnes. Or , tel que que nous l'avons constaté au chapitre II, ce réseau est fragile pour un grand nombre d'entre elles (68% dans la cohorte de Fredericton et 29% dans celle de la Péninsule acadienne). Le chapitre qui suit trace un portrait des personnes qui, dans ce réseau de support naturel, assument le rôle de pourvoyeur de soins.

CHAPITRE IV

LES POURVOYEURS DE SOINS NATURELS

Pour continuer à vivre dans leur demeure ou leur environnement familial et social habituel, plus de 75% des personnes âgées frêles de chacune des deux cohortes de démonstration ont besoin de quelqu'un pour les aider de façon régulière (voir chapitre II, p. 27). L'objectif de ce chapitre est de rassembler des informations disponibles sur ces personnes que l'on nomme pourvoyeurs de soins naturels.

A. INFORMATIONS DISPONIBLES SUITE À L'ÉVALUATION MULTIDISCIPLINAIRE

Le formulaire d'évaluation pour soins continus du Nouveau-Brunswick, utilisé pour procéder à l'évaluation multidisciplinaire comporte quelques items traitant du pourvoyeur ou de la pourvoyeuse de soins du réseau naturel. La section 2D comporte l'identification du pourvoyeur de soins principal et la section 4E nous renseigne sur son lien de parenté avec la personne âgée, les tâches qu'il accomplit et les soins qu'il dispense. Cette section comporte aussi l'avis du travailleur social sur la capacité du pourvoyeur de soins principal à dispenser des soins, une description de sa disponibilité, de sa motivation de même que de sa capacité physique et émotive et enfin, des indications sur les contraintes auxquelles le pourvoyeur doit faire face. Cette même section comporte de plus des informations semblables sur un pourvoyeur de soins additionnel si une telle personne est disponible dans l'entourage de la personne âgée frêle. Enfin, le questionnaire pour évaluer le surmenage du pourvoyeur de soins est complété dans les cas où cela est jugé utile. Par contre, la partie VII du formulaire d'évaluation pour soins continus du Nouveau-Brunswick (Résumé de l'évaluation) ne comporte pas de section résumant la situation en regard du pourvoyeur de soins.

Lien du pourvoyeur de soins principal avec la personne âgée dont il prend soin - Le tableau 6 permet de noter que pour un grand nombre des personnes âgées frêles de la cohorte de Fredericton (28%), c'est l'époux ou l'épouse qui a été identifié comme pourvoyeur de soins principal. Ceci est également le cas pour 17% des personnes âgées frêles de la cohorte de la Péninsule acadienne. Nous ne connaissons pas directement l'âge des pourvoyeurs de soins mais si l'on considère que près de 80% des personnes formant la cohorte de démonstration ont 75 ans ou plus, on peut dire que les pourvoyeurs de soins qui sont les époux ou épouses sont également très âgés.

Le tableau 6 permet aussi d'observer que les personnes âgées frêles de la cohorte de la Péninsule acadienne identifient en plus grand nombre un de leurs enfants (surtout leurs filles) comme pourvoyeurs de soins principaux.

Tableau 6 - Liens du pourvoyeur de soins principal avec la personne âgée frêle dont il prend soin

Liens	Cohorte de Fredericton (N=50)	Cohorte de la Péninsule acadienne (N=41)
	%	%
Fille	18	52
Fils	18	17
Époux ou épouse	28	17
Parenté	22	5
Ami ou amie	2	7
Pas de pourvoyeur disponible	8	2
Aucun pourvoyeur requis	4	0

Capacité du pourvoyeur de soins principal à dispenser des soins - À la section 4E du formulaire d'évaluation pour soins continus du Nouveau-Brunswick, le travailleur social ou la travailleuse sociale est invité à commenter sur la capacité du pourvoyeur de soins principal à prendre soin de la personne âgée frêle concernée. Les commentaires relevés font état du travail à l'extérieur ou non du pourvoyeur de soins principal, de sa disponibilité plus ou moins grande, de sa santé, de sa motivation et de l'aide effective apportée. Les commentaires font état aussi de l'épuisement du pourvoyeur de soins principal, de la nécessité de répondre à son besoin d'aide et à son besoin de relève.

Chaque professionnel impliqué dans l'évaluation choisit les éléments importants à relever pour l'un ou l'autre des cas évalués. Tous les éléments mentionnés ci-dessus n'ayant pas été relevés systématiquement pour chacun des pourvoyeurs de soins des cohortes étudiées, il nous est impossible de dresser un tableau général de la capacité des pourvoyeurs de soins à prendre soin des personnes âgées frêles dont ils s'occupent.

B. INFORMATIONS DISPONIBLES SUITE AUX ENTREVUES DE POURVOYEURS DE SOINS DU RÉSEAU NATUREL

Des entrevues ont été conduites auprès d'un ensemble de pourvoyeurs de soins des personnes âgées inscrites aux services enrichis du Point d'entrée unique. De la cohorte de Fredericton, 24 pourvoyeurs de soins ont répondu aux questions de l'entrevue; de la cohorte de la Péninsule acadienne, 25 pourvoyeurs de soins l'ont fait. Après vérification, la distribution des liens entre

les pourvoyeurs de soins interviewés et les personnes âgées frêles dont ils prenaient soin représente de façon acceptable la distribution observée au tableau 6 ci-dessus. La vérification de la distribution des liens et la compilation des réponses aux entrevues figurent à l'annexe C.

Temps consacré aux soins - Le groupe de pourvoyeurs de soins interviewés était composé de personnes que les personnes âgées frêles des cohortes nous avaient désignées comme leur pourvoyeur de soins principal. Aucun autre critère tels que le lieu de résidence, la fréquence des visites ou de l'aide apportée, etc., n'a servi à inclure ou à éliminer un pourvoyeur de soins. Notons également qu'une personne âgée de la cohorte de Fredericton n'a pas désigné de pourvoyeur de soins principal. Rappelons aussi les observations faites (Chapitre II) par rapport au mode de vie des personnes âgées et particulièrement par rapport au fait de vivre seul: dans la cohorte de Fredericton, 22% des personnes âgées frêles vivent seules; dans la cohorte de la Péninsule acadienne, 12% vivent seules.

Ce sont-là quelques facteurs qu'il faut prendre en considération au moment de la lecture du tableau 7 ci-dessous présentant le nombre d'heures que les pourvoyeurs de soins interrogés ont dit consacrer à s'occuper de la personne âgée dont ils prennent soin. La majorité (67%) des pourvoyeurs de soins de la cohorte de Fredericton consacrent 15 heures ou moins par semaine à la personne âgée dont ils prennent soin; dans la cohorte de la Péninsule acadienne, la majorité (66%) des pourvoyeurs de soins consacrent 26 heures ou plus à la personne âgée dont ils prennent soin.

Tableau 7 - Temps consacré à s'occuper de la personne âgée dont on prend soin

Nombre d'heures	Cohorte de Fredericton		Cohorte de la Péninsule acadienne	
	N=24	%	N=25	%
5 heures ou moins par semaine	9	38	0	0
de 6 à 15 heures par semaine	7	29	2	8
de 16 à 25 heures par semaine	2	8	2	8
de 26 à 35 heures par semaine	0	0	3	12
Presque tout le temps	3	13	7	28
24 heures/7 jours par semaine	2	8	7	28
Pas de réponse	1	4	4	16

Tâches exécutées

Dans le but de connaître les tâches que les pourvoyeurs de soins exécutent lorsqu'ils prennent soin d'une personne âgée frêle, la question a été posée de façon directe au cours de l'entrevue effectuée auprès d'eux. Il s'agissait d'une question à laquelle on répondait de façon libre: que faites-vous exactement pour la personne âgée?

Comme le montre le tableau 8, près de 30% des pourvoyeurs de soin aident les personnes âgées frêles dans leurs soins personnels. Ces soins sont reliés aux activités de la vie quotidienne et incluent des tâches telles que: aider à se vêtir et à faire sa toilette, aider aux transferts, etc.

Les sept tâches suivantes se rapportent aux activités instrumentales de la vie quotidienne. Le grand nombre de pourvoyeurs de soins qui ont dit préparer les repas, faire l'entretien ménager, faire les courses etc. vient confirmer le profil des besoins des personnes âgées formant chacune des deux cohortes qui indiquait que le besoin d'aide dans ce domaine est très grand.

En rapport avec la santé physique des personnes âgées, quelques pourvoyeurs de soins disent donner les médicaments et s'occuper des rendez-vous médicaux. En rapport avec la santé mentale et l'aspect psychosocial, plusieurs pourvoyeurs de soins exercent une surveillance et s'impliquent dans les interactions sociales des personnes âgées dont ils prennent soin.

En somme, la gamme de tâches que les pourvoyeurs de soins naturels exécutent est fort large. Ces diverses tâches sont reliées au profil des besoins observés chez les personnes âgées des cohortes de démonstration.

Tableau 8 - Tâches exécutées par les pourvoyeurs de soins naturels

Tâches (Réponses libres des pourvoyeurs)	Cohorte de Fredericton		Cohorte de la Péninsule acadienne	
	N=24	%	N=25	%
Aider aux soins personnels	7	29	10	40
Préparer les repas	7	29	17	68
Faire l'entretien ménager	6	25	13	52
Faire les courses	7	29	9	36
Faire le magasinage	8	33	1	4
Faire l'entretien de l'extérieur	3	13	0	0
Faire les transactions bancaires et la gestion du budget	14	58	0	0
Accompagner les déplacements	4	17	2	8
Donner les médicaments	2	8	4	16
S'occuper des rendez-vous médicaux	2	8	1	4
Exercer une surveillance	1	4	8	32
S'impliquer dans les interactions sociales	13	54	8	32
Apporter un support moral	1	4	1	4

D'autre part, l'analyse des réponses aux autres questions de l'entrevue nous fait savoir que les pourvoyeurs de soins du réseau naturel se disent en accord avec les objectifs du Point d'entrée unique, qu'ils considèrent vivre une expérience positive à l'intérieur de ce projet et qu'ils sont

très satisfaits des services reçus. Ces questions sont traitées en détail dans le Chapitre X du présent rapport.

RÉSUMÉ ET CONCLUSION

Les diverses observations rassemblées dans ce chapitre nous permettent de mieux connaître les pourvoyeurs de soins du réseau naturel, personnes sur lesquelles s'appuient la très grande majorité des personnes âgées frêles des cohortes de démonstration. Il nous faut constater que ces pourvoyeurs de soins ne forment pas un groupe homogène que l'on peut décrire en quelques traits. On retiendra néanmoins deux informations importantes pour décrire chaque cohorte étudiée: pouvoir compter sur son époux ou son épouse ou sur sa fille ou son fils comme pourvoyeur de soins principal et pouvoir compter sur un certain temps de présence ou d'aide à chaque semaine.

- En regard de ces facteurs, 64% des personnes âgées frêles de la cohorte de Fredericton peuvent compter sur une personne de la famille immédiate, particulièrement sur leur conjoint ou conjointe (28%) comme pourvoyeur de soins principal et 21% de ces mêmes personnes peuvent compter avoir de l'aide en tout temps.

- Pour la cohorte de la Péninsule acadienne, 86% des personnes âgées frêles peuvent compter sur une personne de la famille immédiate, particulièrement sur leur fille (52%) comme pourvoyeur de soins principal et 56% peuvent compter avoir de l'aide en tout temps.

Les pourvoyeurs de soins naturels et les personnes âgées frêles elles-mêmes ont à faire face à de nombreux problèmes. Ces problèmes appellent souvent des changements dans les façons de faire les choses ou d'utiliser les ressources familiales disponibles. Or il existe une expertise provenant de recherche et de pratiques reliées à la solution de tels problèmes à tous les âges de la vie dans le but d'améliorer la qualité de vie. Des personnes possédant cette expertise, les économistes familiales, pourraient être appelées à jouer un rôle important d'éducation individuelle ou de groupe visant le maintien ou l'accroissement de la capacité à faire face à des problèmes de méthodes et des problèmes d'utilisation des ressources familiales.

Les services offerts dans le cadre du Point d'entrée unique sont liés aux besoins de la personne âgée frêle mais aussi aux caractéristiques du pourvoyeur de soins principal du réseau de soutien naturel. Les informations relevées dans ce chapitre peuvent donc servir à justifier partiellement les types de services offerts et les coûts de ces services pour une cohorte donnée.

CHAPITRE V

ÉTUDES D'AUTRES CLIENTÈLES DU POINT D'ENTRÉE UNIQUE

L'objectif de ce chapitre est de rendre compte d'un ensemble d'informations visant à décrire d'autres clientèles du Point d'entrée unique. Il présente quelques caractéristiques de ces clientèles à partir de l'étude de deux ensembles de cas choisis pour représenter deux catégories de dossiers: les nouveaux cas et les cas faisant partie de l'ensemble des dossiers (caseload) traités par les Services sociaux communautaires.

Les clientèles étudiées ci-dessous forment deux grandes classes: les "nouveaux cas" c'est-à-dire les dossiers ouverts pendant le projet pilote et les "cas réévalués" c'est-à-dire les dossiers déjà ouverts aux programmes des services communautaires aux personnes âgées. Ces derniers représentent l'ensemble des dossiers (caseload) existant avant le projet et sont formés de deux sous-groupes: les réévaluations désignées par le régistre informatisé RPSS et les réévaluations survenant à la suite d'une demande de la personne âgée ou à la suite de l'intervention d'une travailleuse ou d'un travailleur social.

Pour représenter les nouveaux cas (clients n'ayant pas de dossier ouvert au moment de l'accueil), 60 cas inscrits dans la région de Fredericton et 49 de la région de la Péninsule acadienne ont été retenus. Ces inscriptions avaient eu lieu en juin ou en mai 1990.

Pour représenter les dossiers actifs, un ensemble de dossiers réévalués à partir du 27 août 1991 ont également été inclus dans l'étude. Les dossiers soumis à une réévaluation annuelle, signalés automatiquement aux travailleurs sociaux par le régistre informatisé RPSS sont représentés par 33 dossiers de la région de Fredericton et 25 de la région de la Péninsule acadienne. Les dossiers réévalués par suite d'un changement dans la situation du client ou de la cliente sont représentés par 27 dossiers de la région de Fredericton et 25 de la région de la Péninsule acadienne.

A. PROPORTION DE CAS ADMISSIBLES AUX SERVICES ENRICHIS - Tous les cas retenus pour cette étude ont été inscrits selon les procédures du Point d'entrée unique. Les informations habituellement disponibles après l'évaluation multidisciplinaire le sont pour l'ensemble des cas et ont été compilées (voir Annexes G et H).

L'admissibilité aux services enrichis a été établie selon la procédure habituelle de l'une et l'autre des régions pilotes (voir Section A du Chapitre II). Les résultats de cette démarche apparaissent au tableau 9. On constate que 12% des nouveaux cas de la région de Fredericton et 16% des nouveaux cas de la région de la Péninsule acadienne ont été déterminés admissibles aux services enrichis. Pour ce qui est des cas réévalués soit par suite d'une référence automatique (système RPSS), soit par suite d'un changement de situation (Travailleur-client), la proportion de cas éligibles aux services enrichis varient de 0% à 26%.

Il faut noter que ces informations sont basées sur de petits groupes choisis sur une courte période de temps, moins d'un mois dans le cas des réévaluations. Les limites imposées par le calendrier de l'évaluation du projet pilote font en sorte que des informations sur la répartition des dossiers selon les trois catégories étudiées ne sont pas disponibles sur une période de 12 ou 18 mois, période susceptible de fournir des valeurs fiables pour établir des prévisions. Les résultats observés ici ne sont donc valables qu'à titre indicatif.

Tableau 9 : Répartition des dossiers après l'évaluation

Catégorie de dossiers	Région et clientèle											
	Fredericton						Péninsule acadienne					
	Nouveaux cas		Cas réévalués				Nouveaux cas		Cas réévalués			
			Système		Trav-client				Système		Trav-client	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Services réguliers	51	85	25	76	20	74	37	76	24	96	23	92
Services enrichis	7	12	8	24	7	26	8	16	0	0	1	4
Liste d'attente pour foyers de soins	2	3	0	0	0	0	4	8	1	4	1	4
Total	60	100	33	100	27	100	49	100	25	100	25	100

B. LA SOURCE DE RÉFÉRENCE - Au moment de l'accueil d'un nouveau cas, on demande à la personne âgée qui l'a référée au Point d'entrée unique. Une étude des réponses consignées pour les personnes formant le groupe des nouveaux cas dans la région de Fredericton nous apprend que ces personnes ont quatre principales sources de référence. Ce sont, par ordre d'importance, l'hôpital ou une autre institution, la parenté, les gens de l'entourage et une agence sociale.

Une étude semblable des réponses consignées pour les personnes formant le groupe des nouveaux cas dans la région de la Péninsule acadienne nous fait savoir d'une part qu'une autre agence

sociale est la principale source de référence et d'autre part qu'un grand nombre de personnes disent venir d'elles-mêmes au Point d'entrée unique.

C. DESCRIPTION DES CLIENTELES ÉTUDIÉES - Dans les trois analyses suivantes, nous comparerons les nouveaux cas et les cas réévalués à ceux faisant partie de la cohorte de démonstration actuelle recevant des services enrichis depuis le début du projet pilote. Rappelons que cette cohorte est composée de 50 personnes âgées frêles de la région de Fredericton et de 41 personnes âgées frêles de la région de la Péninsule acadienne.

La première étude porte sur la distribution des âges dans chaque groupe, donnée démographique de base. Les deuxième et troisième études établissent des comparaisons sur les profils de besoins de chaque groupe. Ces informations sur les besoins à combler nous semblent essentielles pour appuyer tout essai de prévisions.

La répartition des dossiers selon l'âge - Il nous a semblé important de faire ressortir cette donnée démographique de base. L'étude du tableau 10 nous permet de constater la progression des moyennes d'âge selon les groupes, progression parallèle dans chaque région .

Tableau 10 : Répartition des dossiers selon l'âge

Âge	Région et clientèle					
	Fredericton			Péninsule acadienne		
	Nouv. cas	Cas réévalués	Cohorte	Nouv. cas	Cas réévalués	Cohorte
	%	%	%	%	%	%
Moins de 65 ans	3	2	0	0	0	0
De 65 à 69 ans	15	10	2	24	2	9
De 70 à 74 ans	13	22	20	16	12	2
De 75 à 79 ans	18	16	10	14	28	23
De 80 à 84 ans	27	22	23	27	26	30
De 85 à 89 ans	18	20	22	14	16	25
De 90 à 94 ans	2	26	17	4	6	9
De 95 à 102 ans	3	0	7	0	2	4
Information manquante	-	2	-	-	8	-
Moyenne d'âge du groupe	78,9 ans	81,3 ans	83,0 ans	77,2 ans	80,9 ans	82,5 ans
Écart-type	7,8	8,3	7,9	7,8	6,7	6,6

Les besoins identifiés dans les activités de la vie quotidienne - Les activités de la vie quotidienne (se nourrir, se vêtir, faire sa toilette, prendre soin de ses pieds, prendre son bain,

utiliser les toilettes et se déplacer) sont considérées essentielles à la survie et au bien-être d'une personne. Pour préparer le tableau 11 nous avons considéré le nombre d'activités où une personne a besoin d'aide régulière ou constante (points 3 et 4 de l'échelle définie au Chapitre II).

Nous pouvons constater que les besoins identifiés sont sensiblement les mêmes pour le groupe des nouveaux cas et le groupe des cas réévalués et ce, dans chacune des deux régions. Cependant, ces besoins sont moindres que ceux identifiés pour les personnes recevant des services enrichis, personnes représentées dans le tableau par la cohorte actuelle. En effet, l'on observe que dans la région de Fredericton, 41% et 45% des personnes des groupes "Nouveau cas" et "Cas réévalués" respectivement ont besoin d'aide régulière ou constante dans plus d'une activité de la vie quotidienne alors que 76% des personnes formant la cohorte actuelle ont des besoins équivalents. Dans la région de la Péninsule acadienne, 40% et 28% des personnes des groupes "Nouveau cas" et "Cas réévalués" respectivement ont besoin d'aide régulière ou constante dans plus d'une activité de la vie quotidienne alors que 78% des personnes formant la cohorte actuelle dans cette région ont des besoins équivalents.

Tableau 11 : Besoin d'aide dans les activités de la vie quotidienne (AVQ)

Nombre d'activités où il y a besoin d'aide régulière ou constante	Région et clientèle					
	Fredericton			Péninsule acadienne		
	Nouv. cas	Cas réévalués	Cohorte actuelle	Nouv. cas	Cas réévalués	Cohorte actuelle
	%	%	%	%	%	%
Aucune	32	28	8	52	60	10
Une	27	27	16	8	12	12
Deux	14	18	20	19	14	17
Trois	7	10	16	6	6	32
Quatre	7	6	10	10	2	5
Cinq	3	3	4	0	0	7
Six	2	5	16	4	4	10
Sept	8	2	10	0	0	7

Les besoins identifiés dans les activités instrumentales de la vie quotidienne - Faire les emplettes, utiliser le téléphone, effectuer des transactions bancaires, gérer son budget, préparer les repas, faire l'entretien ménager et voir aux réparations et à l'entretien extérieur de la maison sont sont les sept activités dites instrumentales de la vie quotidienne. Il s'agit d'un ensemble d'activités qui doivent se dérouler quotidiennement pour assurer le bon fonctionnement d'une maisonnée. Pour préparer le tableau suivant, nous avons à nouveau considéré le nombre de ces

activités pour lesquelles une personne a besoin d'aide régulière et constante (points 3 et 4 de l'échelle définie au Chapitre II).

Ce tableau nous permet de constater que tous les groupes étudiés ont un plus grand besoin d'aide pour ces activités que pour les activités de la vie quotidienne. Il nous permet de constater également que dans chacune des deux régions, les besoins sont moindres que ceux identifiés pour les personnes recevant des services enrichis, représentées par la cohorte actuelle. Ainsi, l'on observe que dans la région de Fredericton, 88% des personnes de chacun des groupes "Nouveau cas" et "Cas réévalués" ont besoin d'aide régulière ou constante dans plus d'une activité de la vie quotidienne alors que cette proportion se situe à 98% pour les personnes formant la cohorte actuelle. Dans la région de la Péninsule acadienne, 84% et 86% des personnes des groupes "Nouveau cas" et "Cas réévalués" respectivement ont besoin d'aide régulière ou constante dans plus d'une activité de la vie quotidienne alors que 100% des personnes formant la cohorte actuelle dans cette région ont des besoins du même ordre.

Tableau 12 : Besoin d'aide dans les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ)

Nombre d'activités où il y a besoin d'aide régulière ou constante	Région et clientèle					
	Fredericton			Péninsule acadienne		
	Nouv. cas	Cas réévalués	Cohorte actuelle	Nouv. cas	Cas réévalués	Cohorte actuelle
	%	%	%	%	%	%
Aucune	7	8	0	8	4	0
Une	5	4	2	8	10	0
Deux	21	26	4	15	26	0
Trois	10	10	4	10	18	2
Quatre	9	16	11	13	4	12
Cinq	12	20	6	17	10	32
Six	22	22	43	19	12	34
Sept	14	14	30	10	14	20

Telles sont les informations que nous avons voulu mettre en évidence parmi l'ensemble de celles qui sont disponibles par suite de la compilation des données provenant des formulaires complétés lors de l'évaluation multidisciplinaire. Le principal avantage des études de besoins présentées ci-dessus est de pouvoir observer les différences de besoins entre les diverses clientèles étudiées.

RÉSUMÉ ET CONCLUSION

En résumé, les études de clientèles dont nous faisons rapport dans ce chapitre ne nous permettent pas de conclure à propos de la proportion de cas admissibles aux services enrichis parmi les nouveaux cas se présentant au Point d'entrée unique ou parmi les cas faisant partie de l'ensemble des dossiers (caseload) traités par les Services sociaux communautaires. Ces études nous apprennent cependant que:

- dans la région de Fredericton, les nouveaux cas ont quatre principales sources de référence soit, par ordre d'importance, l'hôpital ou une autre institution, la parenté, les gens de l'entourage et une agence sociale; dans la région de la Péninsule acadienne, une autre agence sociale est la principale source de référence et un grand nombre de personnes viennent d'elles-mêmes au Point d'entrée unique;

- la moyenne d'âge de chaque groupe étudié est très élevée (77 ans et plus) et progresse selon que l'on considère le groupe des nouveaux cas (78,9 ans dans la région de Fredericton et 77,2 ans dans la région de la Péninsule acadienne), le groupe des cas réévalués (81,3 ans dans la région de Fredericton et 80,9 ans dans la région de la Péninsule acadienne) ou enfin, les cohortes de démonstration du projet pilote dans lesquelles toutes les personnes reçoivent des services enrichis (83 ans dans la région de Fredericton et 82,5 ans dans la région de la Péninsule acadienne);

- les résultats de l'évaluation multidisciplinaire relève des besoins relativement semblables dans les groupes des nouveaux cas et les groupes de cas réévalués et ce, dans chacune des deux régions;

- les besoins d'aide de ces clientèles, aide régulière et constante pour l'accomplissement des activités instrumentales de la vie quotidienne et des activités de la vie quotidienne, sont bien réels tout en étant moindres que ceux des cohortes actuelles recevant des services enrichis.

Nous avons présenté dans ce chapitre quelques informations utiles en rapport avec toute prévision de clientèles. Une connaissance plus certaine des caractéristiques des clientèles appelées à être touchées par le Point d'entrée unique de même que par les services enrichis que le modèle du Point unique d'entrée offre serait obtenue par la formation de nouvelles cohortes et l'étude de leurs caractéristiques respectives.

CHAPITRE VI

LES SERVICES OFFERTS PAR LE BIAIS DU POINT D'ENTRÉE UNIQUE

L'une des caractéristiques essentielles du modèle du Point d'entrée unique présentement à l'étude au Nouveau-Brunswick est la gamme des services qui peuvent être offerts aux personnes âgées qui en ont besoin. L'opinion disant que le Point d'entrée unique ne peut avoir de succès sans une gamme de services bien établis et accessibles à tous et toutes se gagne un très large appui. Aucune personne parmi la centaine qui ont répondu au questionnaire qui leur avait été adressé n'a omis de mentionner la gamme des services, indiquant généralement des améliorations à apporter. Par ailleurs, les personnes âgées frêles rapportent une grande satisfaction en regard des services reçus. Cette demière question est traitée de façon détaillée au chapitre X.

Dans le présent chapitre, nous ferons état des résultats d'une étude des plans de services préparés pour les personnes âgées frêles formant les cohortes de démonstration actuelles. De plus, nous ferons un bref compte rendu des démarches entreprises dans chaque région pilote soit pour consolider l'offre de tous les services prévus, soit pour élargir la gamme des services en développant de nouveaux services identifiés comme nécessaires par suite d'une étude approfondie des besoins à combler.

A. LES PLANS DE SERVICES PROPOSÉS AUX PERSONNES FORMANT CHAQUE COHORTE DE DÉMONSTRATION

Une des étapes de l'évaluation multidisciplinaire d'une personne âgée frêle est la préparation d'un plan de services visant à favoriser chez elle le maintien de l'autonomie et à répondre aux besoins qui ont été identifiés. Le plan de services proposés pour chaque personne figure à la section 9C du Formulaire d'évaluation pour soins continus du Nouveau-Brunswick.

L'étude des plans de services proposés aux personnes âgées frêles formant les cohortes de démonstration actuelles nous permet d'abord d'observer que chaque service indiqué dans la liste est pris en compte et joue un rôle véritable au moment de la préparation des plans de services et ce, dans les deux régions pilotes. Tous les services sont considérés et se retrouvent dans l'un ou l'autre des plans de services qui ont été préparés: les services communautaires

offerts par des bénévoles tout autant que les services de soutien communautaire commandés par le Ministère auprès de différentes agences privées ou les services offerts par l'Hôpital extra-mural.

Au fil des jours et des semaines, les services offerts à une personne âgée frêle sont appelés à être ajustés a ses besoins. Pour les fins de la présente étude, nous avons tracé le portrait des services offerts ou prévus au moment de la dernière réévaluation des dossiers. Il est important de noter que par conséquent le tableau 13 ci-dessous donne une représentation momentanée d'un ensemble de plans de services qui sont ajustés fréquemment.

Ce tableau nous permet d'observer que le service d'auxiliaire familiale figure dans un très grand nombre de plans de services. Ce service, de même que le service de relève à la maison ou en institution, le service de repas à domicile et celui d'aide logée et nourrie, contribuent essentiellement à faire en sorte que les personnes âgées frêles puissent continuer à vivre dans leur demeure. Ces services sont reliés aux nombreux besoins d'aide identifiés dans le domaine des activités instrumentales de la vie quotidienne par suite de l'évaluation multidisciplinaire (voir chapitre III).

Le service de soins de santé à domicile figurent également dans un très grand nombre de plans de services. Ce service, de même que les services de physiothérapie, d'équipement de réhabilitation, d'ergothérapie, d'inhalothérapie, de diététique et de soins de santé mentale, contribuent à combler les besoins en soins de santé des personnes âgées frêles formant les cohortes de démonstration actuelles.

D'autres besoins identifiés chez l'ensemble de ces personnes sont comblés par le service de counselling et celui d'éducation et de support. Pour la cohorte de Fredericton, on a indiqué au plan de services les seuls cas pour lesquels les services de counselling doit être requisitionné d'une agence externe. Pour la cohorte de la Péninsule acadienne, on a indiqué au plan de services tous les besoins de services dans ce domaine y inclus les cas où les professionnels du Point d'entrée unique prennent charge des besoins de counselling ou d'éducation et de support. On peut supposer que ces interventions en counselling, en éducation et support sont à la source entre autres choses, des commentaires faits par près d'un pourvoyeur de soins sur trois à propos d'un sentiment de sécurité et de paix de lesprit suscité par les changements apportés par le Point d'entrée unique (Annexe C): avoir quelqu'un avec qui partager la responsabilité, avec qui parler des problèmes.

Les autres services de la gamme quoique inscrits dans un moins grand nombre de plans de services apportent une contribution irremplaçable aux personnes qui en ont besoin.

Tableau 13 - Représentation momentanée de l'ensemble des plans de services

Services	Cohorte de Fredericton (N=50)	Cohorte de la Péninsule acadienne (N=41)
	% d'utilisation	% d'utilisation
Auxiliaire familiale	70	56
Relève à la maison	28	41
Aide logée et nourrie	28	--
Soins de santé à domicile	52	49
Repas à domicile	30	12
Relève en institution	12	2
Équipement de réhabilitation	8	22
Counselling *	4	88
Éducation-support	--	17
Visites amicales	12	17
Personne à tout faire	12	5
Chaîne téléphonique	--	5
Gros travaux ménagers	20	5
Accueil de jour	6	7
Transport	8	10
Aide financière	6	--
Ligne de secours	22	--
Aide médicale	2	7
Physiothérapie	10	10
Ergothérapie	12	**
Inhalothérapie	2	3
Diététique	6	6
Soins de santé mentale	4	--
Groupe d'entraide	--	2
Pastorale	2	34

* Cohorte de Fredericton: services requisitionnés seulement
Cohorte de la Péninsule acadienne: services requisitionnés et services dispensés par les professionnels du Point d'entrée unique combinés

** Service non disponible dans la région

Les évaluations multidisciplinaires de la clientèle étudiée ayant été complétées depuis un certain temps, le service d'évaluation gériatrique était peu susceptible de figurer dans un tableau préparé au cours de la période située entre le 1er avril et le 30 septembre 1990. Il faut noter que des évaluations gériatriques ont été organisées dans chacune des deux régions et ce malgré le fait qu'une unité d'évaluation et de soins gériatriques n'existe pas dans la région de la Péninsule acadienne.

Enfin, des évaluations particulières ont également été demandées aux cliniques régionales de santé mentale, activité qui n'est pas représentée dans le tableau ci-dessus parce que réalisée depuis un certain temps déjà.

B. ÉTUDE PARTICULIÈRE DE DEUX SERVICES

Dans le but de connaître de façon plus approfondie les besoins comblés par deux services offerts fréquemment aux personnes âgées frêles, le service d'auxiliaire familiale et la composante soins infirmiers des services de santé à domicile ont fait l'objet d'une étude particulière.

Le service d'auxiliaire familiale - Le service d'auxiliaire familiale est le plus souvent inscrit dans les plans de services préparés pour les personnes âgées frêles. L'analyse des tâches de l'auxiliaire familiale a été effectuée à partir des réquisitions provenant de 35 dossiers choisis au hasard parmi ceux des 58 personnes recevant ce service. Chaque région est représentée: 17 cas proviennent de la région de Fredericton et 18 cas de la région de la Péninsule acadienne.

Les résultats de cette analyse nous apprend que dans la majorité des cas (83%), on demande à l'auxiliaire familiale de donner des soins personnels. Nous avons regroupé sous le titre soins personnels les tâches consistant à donner un bain, laver les cheveux, aider à la toilette personnelle, aux transferts, à l'utilisation des toilettes, à l'habillement, etc.

En second lieu, on demande fréquemment (63%) à l'auxiliaire familiale de faire le ménage et quelques fois (26%) de préparer les repas. Enfin, dans de rares cas (6%), d'autres tâches lui sont assignées: relève, surveillance, aide pour marcher, courses, transport et socialisation.

Cette description de tâches nous amène à souligner les exigences que les auxiliaires familiales doivent rencontrer. Entre autres, s'occuper des soins personnels d'une personne âgée frêle

exige à la fois délicatesse et doigté de la part de l'auxiliaire et sans doute encore plus au cours de la période d'adaptation du client ou de la cliente recevant l'aide.

La composante soins infirmiers des services de santé à domicile - L'analyse des tâches et des fonctions reliées à la composante soins infirmiers des services de santé à domicile a été faite à partir des documents intitulés "État de progrès" complétés par les infirmiers et les infirmières après chaque visite auprès d'une personne âgée frêle de l'Hôpital extra-mural. Les documents étudiés provenaient de chaque région: 25 cas de la région de Fredericton et 28 cas de la région de la Péninsule acadienne.

Une première analyse nous a indiqué que les diverses tâches effectuées par les infirmiers et les infirmières pouvaient être regroupées autour d'un ensemble de six fonctions principales:

- Évaluation — Première évaluation et ré-évaluations dans le cadre du Point d'entrée unique; évaluation reliée à un changement de situation: appel de la famille ou observation d'un changement important par l'infirmière elle-même.
- Soins directs — Toute action posée par l'infirmière auprès du patient ou de la patiente: injections, auscultations, pansements, soins des pieds, remplissage des contenants de pilules, vérification des signes vitaux (pression sanguine, température, etc.), collecte de specimen (urine, sang, etc.).
- Contrôle et supervision — Évaluation continue de la condition de santé physique, mentale ou autre; évaluation de la dynamique familiale, de l'environnement physique, etc.
- Enseignement — Directives données au patient, à sa famille ou à l'auxiliaire familiale, etc.: démontrer une technique ou donner des informations à propos de l'état du patient.
- Support — Écouter, apporter un support émotionnel, considérer les problèmes à partir du point de vue du patient ou de sa famille.
- Communication — Peut être verbale ou écrite: contacts avec l'équipe, notes relevant les consultations et discussions avec d'autres travailleurs ou des agences.

Une deuxième analyse, basée sur 20 cas suivis par autant de personnes différentes (10 de chaque région) indique qu'au moment de la visite initiale, l'évaluation est habituellement combinée avec d'autres fonctions. Cette analyse montre également que chaque visite pour soins infirmiers comprend des soins directs et des activités de contrôle. Les tâches d'enseignement sont mentionnées peu souvent, il semble qu'elles soient reliées aux besoins présentés par chaque cas: des activités d'enseignement sont rapportées pour 15 des 20 cas étudiés; leur fréquence varie entre 7 fois sur un total de 10 visites dans un cas et 1 fois sur un

total de 15 visites dans un autre cas. La fonction de communication varie également en fréquence selon chaque cas: des activités de communication sont rapportées pour 15 des 20 cas étudiées; leur fréquence varie de 7 fois en 14 visites jusqu'à 1 fois en 15 visites. La fonction de support est rapportée pour 5 des 20 cas étudiés; des activités de support sont rapportées une seule fois dans chacun des 5 cas.

Cette description des tâches et des fonctions remplies par les infirmiers et les infirmières au cours des visites effectuées à domicile nous fait mieux voir ce qu'implique la composante soins infirmiers des services de santé à domicile.

C. LE DÉVELOPPEMENT DES SERVICES

Par la mise à l'essai du Point d'entrée unique, on cherchait à vérifier si la gamme de services définie par le comité provincial de conception du modèle était adéquate pour offrir une réelle solution de rechange au placement dans une institution. Même si les régions pilotes ont été choisies en partie à cause de la gamme de services déjà disponibles dans ces régions ainsi qu'à cause de leurs ressources et de leurs infrastructures respectives, la mise à l'essai cherchait à vérifier si ces infrastructures étaient suffisamment fortes et à déterminer quels ajouts et ajustements étaient nécessaires pour que ces régions rencontrent avec succès les objectifs du Point d'entrée unique.

Les informations de la présente section proviennent de l'étude des plans de développement des ressources et des services de chaque région pilote de même que d'une discussion sur le sujet tenue au cours d'une rencontre du Comité de liaison composé de la coordonnatrice provinciale et des coordonnateurs régionaux du projet Point d'entrée unique. Ces informations visent à illustrer les façons dont le développement des ressources et des services a été abordé dans les régions pilotes.

Dans chaque région pilote, on a mis sur pied un comité régional d'implantation dans le but d'établir un réseau d'information en même temps que de constituer un groupe de travail visant le développement des ressources et des services nécessaires au succès du projet. Ce comité a tenu des rencontres sur une base régulière et a produit un effort soutenu au plan de la conception et de la coordination des développements à assurer.

D'autre part, bon nombre de rencontres ont été organisées avec les pourvoyeurs de services formels tels que la Croix-rouge, le Centre de bénévolat, l'agence People Care, le Adult Day Center, etc. Ces rencontres avaient pour but la discussion des objectifs du Point d'entrée unique, l'étude des effets de ce projet pilote sur leur organisme, l'identification des besoins actuels et la recherche de solutions ainsi que la prévision des besoins futurs.

Dans la région de la Péninsule acadienne, les efforts de développement des ressources et des services ont d'abord été employés à faire en sorte que les services disponibles dans une partie de la région le deviennent dans la région entière. Par la suite, les efforts ont été dirigés vers la création du service de base qu'est la relève à domicile. On a également travaillé à l'ajustement des services au volume de la demande qui a beaucoup augmentée avec l'implantation du Point d'entrée unique. Enfin, les services bénévoles tels que groupes d'entraide, chaîne téléphonique et visites amicales étant mal connus et mal utilisés, des efforts ont été consacrés à la diffusion d'information relative à ces services. Au terme de cette première année de développement, l'on prévoit poursuivre les efforts visant à élargir l'accessibilité des services de base tels que les repas à domicile, le service d'auxiliaire familial et les groupes de support. L'on souhaite également que tous et toutes connaissent l'existence des services d'urgence après les heures normales de travail. À titre de projets, l'on retrouve la mise en marche de groupes d'entraide, la participation à la mise en marche d'une équipe gériatrique et l'étude d'un projet de counselling par les pairs destiné aux pourvoyeurs de soins.

Dans la région de Fredericton, les services de base existaient. On s'est donc employé à renforcer cette infrastructure pour faire face à l'accroissement de la demande. De plus, on a procédé à un inventaire complet des ressources disponibles dans les diverses parties de la région et fait une étude de chaque dossier des personnes âgées frêles formant la cohorte de démonstration, étude incluant des entrevues afin de bien cerner les besoins. Un plan de travail en 14 points a ensuite été préparé et mis en oeuvre. Parmi les questions abordées dans ce plan, l'on retrouve l'écart entre la demande et la disponibilité de places en foyer de soins spéciaux, celui entre la demande de visites amicales et la disponibilité de volontaires, l'absence de relève d'urgence 24 heures sur 24 et le besoin d'une solution de remplacement moins dispendieuse que le service de compagnon ou compagne payé sur une base horaire. La mise en oeuvre de ce plan a été faite de façon systématique et se poursuit actuellement.

Ce compte rendu des activités de développement de services a pour but de mettre en valeur la gamme de services offerts de même que l'importance de développer des services adaptés aux

besoins et celle de les rendre largement accessibles. Au terme de cette première année de développement, l'une et l'autre des deux régions pilotes orientent maintenant leurs efforts vers la mise en place de services de type thérapeutique ou éducatif s'adressant particulièrement aux pourvoyeurs de soins principaux: rencontres sur le thème "Voir vieillir ses parents", organisation de groupes d'entraide, mise sur pied d'un service de counselling par les pairs, etc.

RÉSUMÉ ET CONCLUSION

Les personnes âgées frêles inscrites aux services enrichis du Point d'entrée unique ont un grand besoin de soutien. Le défi relevé par le projet pilote est d'offrir à ces personnes des services leur permettant de continuer à vivre chez-elles. En conclusion à ce chapitre, nous indiquons d'une part, quels sont les services les plus souvent nécessaires et d'autre part, quels sont les services dont le développement est justifié par l'étude des écarts entre les besoins observés et les services actuellement disponibles.

Les plans de service - Chaque service indiqué dans la liste est pris en compte et joue un rôle véritable au moment de la préparation des plans de services et ce, dans les deux régions pilotes.

- Les services que l'on retrouve le plus fréquemment dans les plans de services de la cohorte de Fredericton sont, par ordre de fréquence: l'auxiliaire familiale (70%), les soins de santé à domicile (52%), les repas à domicile (30%), la relève à la maison (28%), l'aide logée et nourrie (28%), la ligne de secours (22%) et les gros travaux ménagers (20%).

- Les services que l'on retrouve le plus fréquemment dans les plans de services de la cohorte de la Péninsule acadienne sont, par ordre de fréquence: l'auxiliaire familiale (56%), les soins de santé à domicile (49%), la relève à la maison (41%), l'équipement de réhabilitation (22%), l'éducation et le support (17%) et les visites amicales (17%).

- Les services d'évaluation spécialisée telles l'évaluation gériatrique et l'évaluation de la santé mentale ont été utilisés sur une base régulière.

- Une analyse du service d'auxiliaire familiale révèle que dans la majorité des cas (87%), on demande à l'auxiliaire familiale de donner des soins personnels. En second lieu, on lui demande fréquemment (63%) de faire le ménage et quelques fois (26%) de préparer les repas. Enfin, dans de rares cas (6%), d'autres tâches lui sont assignées: relève, surveillance, aide pour marcher, courses, transport et socialisation.

- L'analyse de la composante soins infirmiers des services de santé à domicile indique que les principales tâches exécutées lors des visites sont l'évaluation, les soins directs et le contrôle ou supervision. Des tâches reliées à l'enseignement et au support moral sont mentionnées quelquefois.

Les services à développer - Pour offrir une réelle solution de rechange au placement en institution, une large gamme de services est nécessaire. De plus, ces services doivent être suffisamment bien établis et assez flexibles pour répondre à l'importante augmentation de la demande au moment de l'arrivée du Point d'entrée unique. À partir de l'étude du développement de la situation dans l'une et l'autre des régions pilotes, nous pouvons conclure

- qu'un bon nombre de services doivent être créés au tout début du projet s'ils ne sont déjà accessibles au départ;
- que ces services doivent être accessibles dans toutes les parties de la région;
- que cette infrastructure de services doit être suffisamment solide pour répondre à l'augmentation de la demande;
- qu'à la suite d'une analyse des besoins des personnes âgées frêles et de leur pourvoyeur de soins naturel, les services suivants sont apparus à titre de priorité de développement:
  - groupe de soutien
  - équipe gériatrique
  - counselling par les pairs (pour les pourvoyeurs de soins naturels)
  - nombre de place en foyers de soins spéciaux
  - visites amicales
  - réseau de bénévoles
  - relève d'urgence (24 heures sur 24)
  - solution de remplacement au service de compagnon ou compagne payé sur une base horaire.

Les approches de développement des ressources et des services utilisées dans les deux régions pilotes sont peu coûteuses au plan financier. Elles exigent par contre une somme énorme de travail, particulièrement de la part des professionnels et des administrateurs des services communautaires impliqués dans ce développement. Ces approches suscitent une prise de conscience dans la communauté et prennent appui sur la capacité de changement de celle-ci de même que sur l'entraide que peuvent s'apporter les personnes vivant des situations semblables.

CHAPITRE VII

COÛTS LIÉS AU MODÈLE DU POINT D'ENTRÉE UNIQUE

Le présent chapitre vise à faire connaître les résultats des études sur les coûts liés au modèle du Point d'entrée unique. Le coût mensuel moyen par personne est un renseignement important; il a été calculé pour les services de soutien communautaire achetés et les services de santé de l'Hôpital extra-mural faisant partie des services enrichis offerts aux personnes âgées frêles des deux cohortes de démonstration. Le présent chapitre fait également part d'une étude de la participation financière de ces mêmes personnes âgées.

Une autre étude sur les coûts a mené à la compilation d'un per diem tenant compte de six composantes: les coûts des services de soutien communautaire achetés et les coûts des services de santé de l'Hôpital extra-mural mentionnés ci-dessus, les coûts d'addition de personnel dans le secteur services sociaux communautaires à la famille, les coûts de développement des services, les coûts du panel et les coûts de formation du personnel.

En dernier lieu, ce chapitre sur les coûts présente aussi les résultats d'une étude de temps.

A. COÛTS DES SERVICES DE SOUTIEN COMMUNAUTAIRE ACHETÉS

Deux séries d'informations sont présentement disponibles dans le premier domaine de coûts. L'une a été obtenue en vue de la publication du Rapport d'étape (août 1990) et fait état des coûts des services de soutien communautaire achetés pour 60 personnes âgées frêles de la cohorte de Fredericton et 57 de celle de la Péninsule acadienne (cohortes démonstration de départ). L'autre série d'informations concerne les 50 personnes âgées frêles de Fredericton et les 41 de la Péninsule acadienne qui faisaient toujours partie des cohortes de démonstration au moment de la dernière évaluation multidisciplinaire le 30 septembre 1990 (cohortes de démonstration actuelles). Cette seconde série d'informations permettra de comparer les coûts sur une certaine période de temps.

Coûts des services achetés pour les cohortes de départ - Le tableau 14 présente pour chaque cohorte de départ les montants minimum, maximum et moyens engagés par le Ministère en

regard de la composante soutien communautaire des plans de services enrichis approuvés dans le cadre du modèle Point d'entrée unique.

Tableau 14 - Coûts mensuels des services de soutien communautaire pour le Ministère (cohortes de départ)

Cohortes de départ	Nombre de pers.	Coût mensuel		
		Minimum $	Maximum $	Moyen $
Fredericton	60	0	1 470	587
Péninsule acadienne	57	0	717	294

Les coûts mensuels pour le Ministère ne peuvent être comparés directement d'une cohorte à l'autre à cause d'une application différente des critères d'éligibilité au moment de la formation des cohortes (voir Chapitre II, section A). Partant du tableau ci-dessus, on peut calculer que les coûts mensuels totaux des services de soutien communautaire pour le Ministère se chiffrent à 35 220$ pour la cohorte de Fredericton et à 16 758$ pour la cohorte de la Péninsule acadienne.

Le tableau 15 indique la distribution des coûts mensuels pour le Ministère de la composante soutien communautaire des plans de services enrichis à un moment donné au cours de la période d'évaluation se terminant le 31 mars 1990. Cette distribution est présentée à des fins descriptives. Les hypothèses la reliant à des facteurs tels que la force du réseau de support naturel, le lien de parenté avec le principal pourvoyeur de soins, le coût des services de chaque région, la participation financière des clients et de leur famille, etc., restent à vérifier. Il est raisonnable de croire cependant que la façon dont la région de Fredericton a appliqué les critères d'éligibilité aux services enrichis a eu un effet sur le nombre de cas ayant des plans de services de moins de 400$ et par conséquent un effet sur la distribution des coûts observée.

Tableau 15 - Distribution des coûts mensuels des services de soutien communautaire pour le Ministère (cohortes de départ), période d'évaluation se terminant le 31 mars 1990

Catégories de coûts	Cohorte de Fredericton (N=60)	Cohorte de la Péninsule acadienne (N=57)
$	% de cas	% de cas
0	7	14
1-99	8	7
100-399	32	47
400-699	13	30
700-999	18	2
1 000 et +	22	0

Coûts des services achetés pour les cohortes actuelles - Le tableau 16 ci-dessous présente les montants minimum, maximum et moyens engagés par le Ministère en regard de la composante soutien communautaire des plans de services enrichis approuvés dans le cadre du modèle Point d'entrée unique. En comparant la situation aux deux moments choisis aux fins de l'évaluation, on peut observer que pour les deux cohortes, le coût moyen par client recevant des services enrichis a progressé au cours d'un temps de participation moyen (voir Chapitre II, tableau 3) de neuf mois pour la cohorte de Fredericton et de huit mois pour la cohorte de la Péninsule acadienne.

Tableau 16 - Coûts mensuels des services de soutien communautaire pour le Ministère (cohortes actuelles)

Cohortes actuelles	Nombre de pers.	Coût mensuel		
		Minimum $	Maximum $	Moyen $
Fredericton	50			
le 31 mars 1990		0	1 470	601
le 30 septembre 1990		0	1 470	646
Péninsule acadienne	41			
le 31 mars 1990		0	717	294
le 30 septembre 1990		0	1 214	412

Il faut noter que le tableau ci-dessus représente deux portraits momentanés des plans de services proposés à la clientèle. La cueillette de données continues sur une période de deux ou trois ans constituerait une base d'informations plus fiables pour des fins de projection.

B. COÛTS DES SERVICES DE SANTÉ DISPENSÉS PAR L'HÔPITAL EXTRA-MURAL

Les coûts mensuels des services de l'Hôpital extra-mural pour les cohortes de départ ont été établis à partir des informations reçues de l'Hôpital extra-mural* pour les mois d'avril, mai et juin 1990. Le coût était de 60$ par visite. Il avait été basé sur l'année 1989-1990 et avait été rajusté pour englober certains frais généraux, par exemple, l'emploi du matériel de réadaptation et les coûts des médicaments. Une seconde série d'informations a été obtenue de la même manière couvrant la période de juillet, août et septembre 1990 afin d'établir une comparaison sur une base semestrielle pour les personnes âgées formant les cohortes actuelles.

* Lettre reçue (le 26 juillet 1990) de M. Thomas Maston, c.a., directeur administratif adjoint de l'Hôpital extra-mural du N.-B., Services financiers, Hôpital extra-mural.

Coûts des services de santé pour les cohortes de départ - Des études sur les coûts des services de santé ont été réalisées. Le tableau 17 présente les montants minimum, maximum et moyens engagés par l'Hôpital extra-mural relativement aux plans de services approuvés pour les cohortes de départ profitant des services enrichis du Point d'entrée unique.

Tableau 17 - Coûts mensuels pour les services de l'Hôpital extra-mural relatifs aux cohortes de départ

Cohortes de départ	Nombre de pers.	Coût mensuel		
		Minimum $	Maximum $	Moyen $
Fredericton	60	0	1 840	130
Péninsule acadienne	57	0	1 360	225

Même si les coûts pour l'Hôpital extra-mural ne peuvent être comparés directement d'une cohorte à l'autre à cause d'une application différente des critères d'éligibilité aux services enrichis au moment de la formation des cohortes (voir Chapitre II, section A), on peut calculer que les coûts mensuels totaux des services de l'Hôpital extra-mural se chiffrent à 7 800$ pour la cohorte de Fredericton et à 12 825$ pour la cohorte de la Péninsule acadienne.

Le tableau 18 fait voir la distribution des coûts mensuels pour les services de l'Hôpital extra-mural relatifs aux plans de services enrichis à un moment donné au cours de la période d'évaluation se terminant le 31 mars 1990.

Tableau 18 - Distribution des coûts mensuels des plans de services enrichis pour les services de l'Hôpital extra-mural (cohortes de départ), période d'évaluation se terminant le 31 mars 1990

Catégorie de coûts *	Cohorte de Fredericton (N=60)	Cohorte de la Péninsule acadienne (N=57)
$	%	%
0	42	28
20-80	22	26
100-380	28	21
400-880	5	20
900 et +	3	5

* Le coût étant de 60$ par visite, les catégories de coût mensuel sont des multiples de 20. Ainsi une seule visite en 3 mois résulte en un coût mensuel de 20$.

Coûts des services de santé pour les cohortes actuelles - Le tableau 19 ci-dessous présente les montants minimum, maximum et moyens engagés par l'Hôpital extra-mural relativement aux plans de services approuvés pour les cohortes bénéficiant des services enrichis du Point d'entrée unique. En comparant la situation aux deux moments choisis aux fins de l'évaluation, on observe que le coût moyen par client recevant des services enrichis, a diminué au cours d'une période de six mois.

Tableau 19 - Coûts mensuels pour les services de l'Hôpital extra-mural relatifs aux cohortes actuelles

Cohorte actuelle	Nombre de pers.	Coût mensuel		
		Minimum $	Maximum $	Moyen $
Fredericton	50			
le 31 juin 1990		0	1 840	150
le 30 septembre 1990		0	440	77
Péninsule acadienne	41			
le 31 juin 1990		0	1 160	196
le 30 septembre 1990		0	680	122

Il faut noter que les informations disponibles ici, représentent des données continues sur une période de six mois. Elles pourraient donc faire partie d'un ensemble d'informations susceptible d'une utilisation fiable à des fins de projection.

C. PARTICIPATION FINANCIÈRE DE LA CLIENTÈLE

Pour décrire la participation financière des personnes âgées frêles formant les cohortes de démonstration, nous avons recueilli deux séries de données correspondant à deux angles sous lesquels on peut analyser cette participation. D'abord, nous nous attardons sur la participation financière réelle de chaque personne âgée formant les cohortes de départ. Puis, nous étudions le revenu de ménage de chaque personne âgée formant les cohortes actuelles.

Il faut souligner que dans le cas des services de santé, les clients participent aux coûts en achetant certains équipements, des fournitures et des médicaments. De nombreux clients paient également eux-mêmes les montants de franchise de leur régime d'assurance-médicaments. Cette participation financière n'a pas été quantifiée aux fins de la présente évaluation.

Participation financière réelle de chaque personne âgée formant les cohortes de départ - D'après les informations recueillies, on a établi la répartition suivante de la participation financière mensuelle. On peut observer des différences régionales sur ce point. Notons que la participation financière est proportionnelle au revenu mais qu'elle peut dépendre également du coût des services de soutien communautaire achetés selon le plan de services.

Tableau 20 - Distribution des coûts mensuels assumés par les clients pour des services de soutien communautaire (cohortes de départ), période se terminant le 31 mars 1990

Catégories de coûts	Cohorte de Fredericton. (N=60)	Cohorte de la Péninsule acadienne(N=57)
$	% de cas	% de cas
0	37	74
1-99	28	14
100-399	17	0
400-699	8	10
700-999	7	2
1000 et +	3	0

Revenu de ménage des personnes âgées frêles formant les cohortes actuelles - Le tableau 21, basé sur les informations recueillies à propos du revenu (voir l'Annexe G), donne la répartition des revenus annuels de ménage des personnes âgées frêles faisant partie des cohortes de démonstration actuelles.

Tableau 21 - Revenu annuel de ménage des personnes âgées frêles des cohortes actuelles

Catégorie de revenu de ménage*	Cohorte actuelle de Fredericton (N=50)	Cohorte actuelle de la Péninsule acadienne (N=41)
	% de cas	% de cas
Moins de 10 000$	30	61
10 000 à 14 999$	34	30
15 000 à 19 999$	18	7
20 000$ ou plus	16	2
Revenu non divulgué	2	0

* La personne même si seule ou veuve; la personne et son conjoint ou sa conjointe si mariée.

D. PER DIEM POUR LES SERVICES ENRICHIS

On a établi un per diem en tenant compte de six facteurs : les coûts des services de soutien communautaire achetés, les coûts des services de santé de l'Hôpital extra-mural, les coûts en personnel supplémentaire des services sociaux communautaires à la famille, les coûts de développement des services, les coûts du panel et les coûts de formation du personnel.

Les coûts des services de soutien communautaire achetés - De par leur nature, les plans de services sont appelés à changer selon les besoins. Ainsi changeront les coûts des services de soutien communautaire achetés tels que les services d'entretien ménager, de préparation des repas, etc. Pour calculer un per diem nous avons utilisé les informations de deux moments différents : les coûts des services de soutien communautaire achetés relatifs aux cohortes de départ (le 31 mars 1990) et ceux relatifs aux cohortes actuelles (le 30 septembre 1990).

Comme il a été mentionné dans la section A au début de ce chapitre, les coûts mensuels des services de soutien communautaire relatifs aux plans des services enrichis pour le Ministère se chiffrent à 35 220$ pour la cohorte de départ de Fredericton (60 personnes âgées) et à 16 768$ pour la cohorte de départ de la Péninsule acadienne (57 personnes âgées). Les coûts mensuels relatifs aux plans de services enrichis des cohortes actuelles se chiffrent à 32 307$ pour celle de Fredericton (50 personnes âgées) et à 16 758$ pour celle de la Péninsule acadienne (41 personnes âgées).

Les coûts des services de santé de l'Hôpital extra-mural - Les soins infirmiers, la physiothérapie et l'inhalothérapie sont quelques-uns des services offerts aux personnes âgées par l'intermédiaire du modèle du Point d'entrée unique. Les coûts de ces services sont disponibles pour une période de trois mois dans le cas des personnes âgées faisant partie des cohortes de départ et, pour une période de six mois dans le cas des cohortes actuelles. On combinera les informations des deux périodes pour calculer le per diem.

Comme il a été mentionné dans la section B de ce chapitre, les coûts des services de santé de l'Hôpital extra-mural relatifs aux plans des services enrichis sont de 7800$ pour la cohorte de départ de Fredericton (60 personnes âgées) et de 12 825$ pour la cohorte de départ de la Péninsule acadienne (57 personnes âgées). Les coûts mensuels des plans de services enrichis des cohortes actuelles sont de 11 580$ pour celle de Fredericton (50 personnes âgées) et de 15 060$ pour celle de la Péninsule acadienne (41 personnes âgées).

Il est important de souligner qu'au cours de la période d'essai du Point d'entrée unique, l'Hôpital extra-mural n'a pas ajouté de personnel additionnel à cause du projet mais qu'il lui faudra le faire si le projet devenait programme.

Les coûts en personnel additionnel des Services sociaux communautaires à la famille - Des ressources additionnelles dans les Services sociaux communautaires à la famille ont été nécessaires pour assumer les principales activités inhérentes au modèle du Point d'entrée unique: l'application de l'évaluation aux nouveaux cas qui se présentent; la gestion de cas des cohortes profitant des services enrichis; la prestation de services de consultation professionnelle aux clients, aux pourvoyeurs de soins et aux familles; la tenue d'une liste d'attente pour foyers de soins; l'établissement d'une liaison avec les parties directement intéressées et la coordination du projet. En tout, sept personnes-année ont dû être ajoutées pour assurer la réalisation de ces tâches: coordinateur régional, aide aux dossiers et cinq travailleurs sociaux.

Le coût annuel en personnel additionnel pour chacune des deux cohortes a été de 185 094$ pour la région de Fredericton et de 147 172$ pour celle de la Péninsule acadienne.

Les coûts de développement des services - Comme on l'a vu dans la section C du chapitre VI du présent rapport, le développement des services a constitué une activité continue au cours du projet pilote. La région de Fredericton s'est concentrée sur l'identification des services dont avait besoin chaque client et sur la concertation avec les organismes de services déjà existants afin de discuter des besoins de services enrichis, d'explorer la possibilité de développer des services et de faciliter ce développement à des coûts minimum. Pour réaliser ces tâches, on a embauché un agent de développement des ressources pour une période de six mois à un coût de 23 305$. Les services mis sur pied pendant le projet comprennent un programme de renforcement, un programme éducatif à l'intention des pourvoyeurs de soins, une foire pour personnes âgées et un centre d'accueil de jour pour adultes. La mise sur pied de ces services a coûté 4 800$. L'un de ces services, le programme de formation des pourvoyeurs de soins, a été élaboré en collaboration avec le Centre du troisième âge de l'Université St. Thomas et les frais ont été partagés avec cet établissement d'enseignement.

La situation dans la région de la Péninsule acadienne a exigé la mise sur pied de services de base. Un service de relève à domicile a été mis en place pour appuyer les pourvoyeurs de soins naturels. On a mis sur pied un service de consultation gériatrique en collaboration avec l'Hôpital de Tracadie. Le programme éducatif "Voir vieillir ses parents" a également été offert aux

membres des familles des personnes âgées frêles. Le coût de la mise en oeuvre de ces services a été de 41 000$.

Les coûts du panel - Le panel du Point d'entrée unique se réunit régulièrement chaque semaine. Les frais annuels de fonctionnement du panel atteignent environ 15 000$ par région.

Les coûts de formation du personnel - On a tenu une séance de formation provinciale initiale et des activités de formation continues ont été organisées dans les régions pilotes. Celles-ci se concentraient sur le perfectionnement des capacités d'évaluation des membres de l'équipe multidisciplinaire, l'instauration de l'esprit d'équipe, la compréhension du processus du vieillissement, etc. Le coût total des initiatives de formation a atteint 2 500 $ dans la région de Fredericton, 4 500$ dans la région de la Péninsule acadienne et 4 500$ également pour le programme de formation provincial.

Le per diem - Le tableau qui suit résume l'analyse effectuée dans la présente section et fait état du per diem compilé pour les personnes âgées faisant partie des cohortes de démonstration de départ.

Tableau 22 - Résumé des coûts et per diem des personnes âgées formant les cohortes de départ

Sommaire des coûts et per diem	Cohorte de Fredericton (N=60)	Cohorte de la Péninsule acadienne (N=57)
	$	$
Sommaire des coûts		
Personnel des SSCF*	185 094	147 172
Développement des services	28 105	41 000
Panel	15 000	15 000
Formation**	4 750	6 750
Total	232 949	209 922
Per diem		
Les quatre facteurs ci-dessus	10,64	10,09
Soutien social	20,27	11,61
Hôpital extra-mural	3,40	5,60
Total	34,31	27,30

*Services sociaux communautaires à la famille.

** Le montant de 4 500$ pour le programme de formation provincial a été divisé également entre les deux régions.

E. COÛTS EN TEMPS

Afin de connaître la somme de temps accordée à chacune des fonctions principales devant être réalisées par le projet du Point d'entrée unique, on a procédé à une étude de temps en deux parties. Le temps consacré aux fonctions générales du travail social telles que le développement des ressources et les démarches, le développement professionnel ainsi que l'éducation, a été enregistré parallèlement à celui consacré aux activités directement reliées à l'intervention auprèes ces clients dans le cadre du modèle du Point d'entrée unique: l'évaluation, la préparation des plans de services, la participation au panel, la mise en oeuvre des plans de services, le counselling, les soins infirmiers et la surveillance des plans de services. Les données ont été recueillies sur une période de six semaines débutant la première semaine de novembre 1990.

Activités reliées aux fonctions générales du travail social - Un total de sept travailleurs sociaux ont tenu compte du temps consacré aux activités reliées aux fonctions générales de leur travail sur une période de six semaines. Ces activités sont les suivantes:

- Développement et démarches - Réunions avec groupes communautaires, conseils et comités, organismes, etc., afin de définir les services nécessaires, d'aider à la mise sur pied de services, d'aider les pourvoyeurs de soins et de fournir des informations au sujet des services.
- Développement professionnel - Participation à des séances de formation, à des réunions du personnel, consultation avec le(la) superviseur(e) ou d'autres spécialistes, supervision.
- Éducation - Préparation et diffusion de matériel éducatif ou animation de séances d'éducation.

La compilation des résultats de cette étude montre que les activités reliées au développement des ressources et aux démarches, au développement professionnel et à l'éducation ont occupé environ une journée par semaine pendant la période étudiée.

Fonctions et activités reliées à l'intervention auprès de la clientèle - Le temps consacré aux activités reliées à l'intervention auprès des clients dans le cadre du Point d'entrée unique a été étudié par rapport à neuf cas de la région de Fredericton et six cas de la région de la Péninsule acadienne et cela sur une période de six semaines. Parmi ces cas, certains ne réclamaient qu'une évaluation sociale ou qu'une évaluation de santé, d'autres requéraient une évaluation pour des services enrichis ou une évaluation pour placement en foyers de soins. Chaque fois qu'un des cas choisis recevait une attention, la personne affectée au cas devait prendre des notes sur le

formulaire d'étude de temps et indiquer l'activité réalisée, la fonction connexe ainsi que le temps consacré à cette activité.

Les activités suivantes ont été relevées: les contacts directs, les contacts au téléphone, les déplacements, le travail au bureau, la consultation, les conférences de cas et les travaux à l'ordinateur.

La compilation des résultats de cette étude montre que le temps consacré aux activités et fonctions reliées au modèle du Point d'entrée unique varie largement d'un cas à l'autre compte tenu non seulement du type d'évaluation des cas mais aussi de la longueur des déplacements nécessaires pour rencontrer les personnes âgées concernées, de la complexité du plan de services à préparer, etc. Les tableaux qui suivent résument les informations recueillies pour la fonction d'évaluation et celle de préparation des plans de services, seules fonctions qu'une période de six semaines a permis d'observer pour la plupart des cas suivis.

Tableau 23 - Étude de temps pour la fonction d'évaluation du modèle du Point d'entrée unique

Types d'évaluation	Nombre de cas	Temps consacré			
		Minimum (minutes)	Maximum (minutes)	Moyen (minutes)	Médiane (minutes)
Tous les types	14	127	628	319	215
Une phase seulement	5	127	212	169	170
Évaluation complète	9	182	628	402	405
Phase I	9	100	530	282	265
Phase II	9	35	245	112	110
Contacts directs pour pour fins d'évaluation	14	62	290	124	115

Notons d'abord que l'évaluation comporte plusieurs activités. Le contact direct avec la personne évaluée est une partie essentielle de cette fonction. Pour les 14 cas dans cette étude du temps, le temps consacré au contact direct pour fins d'évaluation a varié entre une et cinq heures pour une moyenne de deux heures par cas. L'évaluation inclut également des contacts par téléphone, des déplacements, du travail de bureau ainsi que des activités de consultation.

L'évaluation peut comporter une seule phase c'est-à-dire soit l'évaluation sociale, soit l'évaluation de la santé. Les cinq cas de ce type qui ont été suivis ont requis en moyenne 2,8 heures de travail.

Parmi les cas suivis, un total de neuf cas ont requis une évaluation complète dont la durée a varié entre trois et 10 heures, pour une moyenne de 6,7 heures. Le cas ayant requis 10 heures en est un d'évaluation pour services enrichis lequel a demandé des évaluations spécialisées et a exigé quelques consultations. De plus, la personne âgée concernée demandait à connaître tous les résultats de ses évaluations ce qui a augmenté le temps consacré à l'évaluation. Ce cas représente environ 5% des cas évalués par le Point d'entrée unique.

La préparation du plan de services comprend également plusieurs activités: appels téléphoniques, recherche, consultation, conférence de cas, travail à l'ordinateur, etc. Pour les 12 cas où la préparation du plan a eu lieu pendant les six semaines de l'étude de temps, cette fonction a exigé entre 15 minutes et 9,4 heures, pour un temps moyen de 2,4 heures. L'on peut supposer qu'un cas dont les besoins à combler sont nombreux ou exigent une longue recherche avant de trouver le service approprié à un coût acceptable demandera beaucoup d'implication de la part du professionnel.

Tableau 24 - Étude de temps pour la préparation du plan de service du modèle du Point d'entrée unique

Types d'activité	Nombre de cas	Temps consacré			
		Minimum (minutes)	Maximum (minutes)	Moyen (minutes)	Médiane (minutes)
Après une phase	3	15	70	36	2555
Après évaluation complète	9	32	565	170	130
Tous les cas	12	15	565	145	115

Les résultats de cette étude de temps sont fournis à titre indicatif. Pour établir certains points de comparaison, on pourrait réaliser la même étude de temps pendant une période plus longue et dans divers environnements, particulièrement pour les cohortes qui n'appliquent pas le modèle Point d'entrée unique.

CONCLUSION

En somme, les informations rassemblées dans ce chapitre sur les coûts nous ont permis d'observer:

- que les coûts défrayés par le Ministère pour la composante soutien communautaire des plans de services se situent sur une gamme très étendue allant de 0 à 1 470$, le maximum alloué par le projet;

- que lors de la première cueillette d'information, la composante soutien communautaire des plans de services de la cohorte de Fredericton coûtait entre 1 et 699$ par mois dans 53% des cas et que cette même composante des plans de services de la cohorte de la Péninsule acadienne coûtait entre 1 et 699$ par mois dans 84% des cas;

- que les coûts pour les services achetés de soutien communautaire relevés à deux moments pour les cohortes actuelles se sont révélés être plus élevés au moment de la deuxième cueillette.

- que les règles de participation financière ont été appliquées dans tous les cas: à cet égard, 63% des personnes âgées frêles formant la cohorte de Fredericton participent financièrement aux coûts des services qu'elles reçoivent et que 26% de celles formant la cohorte de la Péninsule acadienne en font autant.

L'étude des coûts de la composante santé des plans de services enrichis a été menée pour une période de six mois consécutifs. Elle démontre:

- que ces coûts se situent sur une gamme très étendue allant de 0 à 1 840$;

- que lors de la première cueillette d'information, la composante santé des plans de services de la cohorte de Fredericton coûtait entre 20 et 880$ par mois dans 55% des cas et que cette même composante des plans de services de la cohorte de la Péninsule acadienne coûtait entre 20 et 880$ par mois dans 67% des cas;

- que les coûts pour la composante santé, relevés à deux moments pour les cohortes actuelles, se sont révélés être moins élevés au moment de la deuxième cueillette.

Enfin, des informations ont été regroupées pour calculer un per diem pour les plans de services enrichis. Dans ce calcul, on a tenu compte des composantes suivantes:

- les services achetés de soutien communautaire;
- les services de santé;
- l'addition de personnel dans le secteur SSCF;
- le développement des services;
- le panel;
- la formation du personnel.

- Les per diem ont été établis pour la durée du projet pilote à 34,31$ pour la cohorte de Fredericton et à 27,30$ pour la cohorte de la Péninsule acadienne.

Par ailleurs, ce chapitre présentait également les résultats d'une étude de temps effectuée sur une période de six semaines à la fin du projet pilote. Cette étude comportait deux parties: une sur les activités des travailleurs sociaux par rapport à leurs fonctions générales et une autre sur les activités des membres de l'équipe multidisciplinaire par rapport avec les fonctions reliées directement au Point d'entrée unique.

- Les résultats ont permis d'observer qu'au cours de la période étudiée, les travailleurs sociaux ont consacré près d'une journée par semaine aux activités reliées à leurs fonctions générales (développement de ressources, démarches, développement professionnel et éducation).
- Le temps consacré par les travailleurs sociaux et les travailleurs de la santé à des fonctions reliées directement au Point d'entrée unique se répartit comme suit:
  - de 3 à 10 heures pour l'ensemble des activités* reliées à une évaluation multidisciplinaire complète (7 heures en moyenne et 7,3 pour le cas médian);
  - de 1,6 à 9 heures pour les activités reliées à la première phase* de l'évaluation multidisciplinaire (4 heures en moyenne et 3,5 pour le cas médian);
  - de 1 heure à 6,3 heures pour des contacts directs avec un client et son pourvoyeur de soins à des fins d'évaluation multidisciplinaire (3 heures en moyenne, 2 heures pour le cas médian).
  - de 35 minutes à 9,4 heures pour les activités reliées à la préparation du plan de services après une évaluation multidisciplinaire complète* (3 heures en moyenne, 2,2 heures pour le cas médian);

Rappelons que l'étude des coûts rapportée dans ce chapitre a été effectuée sur un total de 117 cas, pour une période allant de 6 à 12 mois. Une telle étude se situait dans le cadre de la vérification de l'applicabilité du modèle Point d'entrée unique.

L'étude de temps se situait dans le même cadre; elle a été réalisée auprès de 15 cas pour une période de six semaines. Les informations qu'elle apporte permettent de comprendre davantage l'apport des travailleurs de l'équipe multidisciplinaire à la démarche et aux procédures du Point d'entrée unique.

* Ces activités sont: contacts directs, appels téléphoniques, déplacements, consultation, conférence de cas, travail de bureau, travail sur ordinateur, etc.

CHAPITRE VIII

EFFETS DU POINT D'ENTRÉE UNIQUE SUR DEUX COMPOSANTES DU SYSTÈME DE SOINS PROLONGÉS

L'application du modèle du Point d'entrée unique a eu des effets immédiats sur des composantes du système de soins prolongés dans l'une et l'autre régions pilotes. L'objet de ce chapitre est de rendre compte de ces effets d'abord sur le volume de dossiers traités par les Services sociaux communautaires à la famille et ensuite sur la liste d'attente pour les foyers de soins. Enfin, ce chapitre indique les effets de l'existence des services enrichis comme option au placement dans un foyer de soins sur le profil des besoins des personnes maintenant inscrites sur la liste d'attente de ces institutions.

A. EFFETS DU POINT D'ENTRÉE UNIQUE SUR LE VOLUME DE DOSSIERS TRAITÉS PAR LES SERVICES SOCIAUX COMMUNAUTAIRES À LA FAMILLE

Cette section vise à décrire les effets du Point d'entrée unique d'abord sur le volume mensuel de dossiers traités puis sur les deux activités particulières que sont l'accueil et par la suite l'inscription des cas.

Le volume mensuel de dossiers traités - À partir de l'étude de rapports produits par le régistre informatisé RPSS, l'on peut constater que le volume mensuel de dossiers traités par les Services communautaires à la famille (monthly caseload) a augmenté et ce, dans les deux régions pilotes. L'étude est faite sur deux ans: de janvier à décembre 1989 et de janvier à décembre 1990. Dans la région pilote de Fredericton, l'augmentation est de 14,2% et dans la région pilote de la Péninsule acadienne, l'augmentation est de 14,9%. Le volume mensuel de dossiers traités a également augmenté dans l'ensemble des dix autres régions de la province: pour la même période, cette augmentation se chiffre à 6,3%.

Le projet pilote du Point d'entrée unique a été lancé au début novembre 1989 mais nous croyons que son effet sur l'inscription de cas n'est devenu réel qu'après la période consacrée à l'évaluation multidisciplinaire des premiers cas. Nous croyons donc justifié de décrire la situation à partir du mois de janvier.

Plusieurs facteurs peuvent avoir contribué à l'augmentation supérieure observée dans les régions de Fredericton et de la Péninsule acadienne par rapport à celle observée dans l'ensemble des dix autres régions de la province. Nous en présentons ici quelques-uns:

- Au début du projet pilote, plusieurs personnes âgées frêles dont les noms étaient sur la liste d'attente pour foyers de soins ont été inscrites aux services enrichis. Certaines d'entre elles étaient déjà inscrites au programme des services communautaires aux personnes âgées des Services sociaux communautaires à la famille; d'autres non. En conséquence, six cas ont été ouverts dans chaque région.

- Les personnes âgées frêles qui auparavant s'adressaient à la Santé publique pour inscrire leur nom sur la liste d'attente sont maintenant référées au Point d'entrée unique. En conséquence, selon les statistiques de la liste d'attente pour foyers de soins une période d'un an (novembre 1988 à octobre 1989), 210 cas de la région de Fredericton et 96 de la région de la Péninsule acadienne ont été évalués pour fins d'inscription sur la liste d'attente pour foyers de soins.

- Les personnes âgées frêles inscrites aux services réguliers qui auparavant auraient été admises sur la liste d'attente des foyers de soins ou admises à l'hôpital à cause de besoins ne pouvant être comblés par les services réguliers forment actuellement une partie des cas de services enrichis.

- Dans le cadre du transfert des soins prolongés de la Santé publique à l'Hôpital extra-mural, des cas ont été référés au Point d'entrée unique par la Santé publique pour fins d'évaluation supplémentaire et de services. En conséquence, 63 cas ont été ouverts dans la région de Fredericton et 21 l'ont été dans la Péninsule acadienne.

- Il est probable que la publicité autour du projet pilote et l'intérêt de plusieurs dépositaires d'enjeux impliqués dans ce même projet ont causé un effet d'entraînement.

Nous ne pouvons établir de façon exacte la part de cet ensemble de facteurs dans l'augmentation du volume mensuel de dossiers traités. Cependant, nous pouvons regrouper dans le tableau 25 des informations disponibles pour trois des facteurs présentés et ainsi constater leur importance relatice.

Tableau 25. Importance relative de trois facteurs
sur la croissance du volume de cas traités sur une période d'un an

Facteurs	Nombre de cas traités par région	
	Fredericton	Péninsule acadienne
Liste d'attente pour foyers de soins au début du projet	6	6
Demande d'admission aux foyers de soins	210	96
Cas de soins de longue durée transférés à l'Hôpital extra-mural	63	21
Total	279	123

Le volume des dossiers traités à l'accueil et à l'inscription - L'impact du Point d'entrée unique sur le volume d'activité à l'accueil a suivi immédiatement la lancée du projet pilote au début novembre 1989. Une étude des principales activités prenant place au moment de l'accueil et de l'inscription des cas a été faite. Pour fins de comparaison, elle porte sur deux périodes de 7 mois: d'avril à octobre 1989 et d'avril à octobre 1990.

Le tableau suivant nous permet de constater que le Point d'entrée unique a eu un impact important sur le nombre de personnes âgées qui se sont présentées pour demander des services. En effet, dans les deux régions pilotes, le nombre de personnes reçues à l'accueil a augmenté de 92%. D'autre part, la proportion des personnes pour lesquelles un dossier a été ouvert après le processus d'évaluation est moindre qu'auparavant. Alors qu'en 1989, dans la région de Fredericton on ouvrait un dossier pour 73% des personnes âgées frêles reçues à l'accueil, on ne l'a fait que pour 56% des cas sur une période comparable en 1990. Dans la Péninsule acadienne, on ouvrait un dossier pour 60% en 1989, on l'a fait pour 56% des cas en 1990. Cela permet de supposer que le triage qui prend place au moment de l'accueil mais surout de la sélection inhérente à la démarche d'évaluation multidisciplinaire joue un rôle effectif.

Tableau 26. Volume des dossiers traités à l'accueil et à l'inscription

Région	Dossiers reçus à l'accueil	Cas référés pour évaluation		Cas ouverts	
	Moyenne	Moyenne	% de l'accueil	Moyenne	% de l'accueil
Fredericton					
. Avril à oct. 1989	37	27	73	27	73
. Avril à oct. 1990	71	48	68	40	56
. % de changement en 1990	92%				-17%
Péninsule acadienne					
. Avril à oct. 1989	25	15	60	15	60
. Avril à oct. 1990	48	30	63	27	56
. % de changement en 1990	92%				-04%

Cette étude fait voir deux tendances: une augmentation supérieure du volume mensuel de dossiers traités par les Services sociaux communautaires à la famille dans les deux régions pilotes par rapport aux dix autres régions de la province; une réduction dans les régions pilotes de la proportion de dossiers ouverts par rapport au volume à l'accueil dans ces régions.

B. EFFETS DU POINT D'ENTRÉE UNIQUE SUR LA LISTE D'ATTENTE DES FOYERS DE SOINS

Cette section traite des effets du Point d'entrée unique sur la liste d'attente des foyers de soins par rapport au nombre de noms sur cette liste, au nombre moyen de jours d'attente avant l'admission dans un foyer de soins et à la provenance des cas admis dans chacune des deux régions pilotes et cela pendant la durée du projet.

Réduction du nombre de noms sur la liste - La réduction du nombre de noms sur la liste d'attente des foyers de soins est l'une des conséquences du Point d'entrée unique. On retrouve la même situation, chaque mois, dans les deux régions pilotes. À la lumière du tableau suivant, on remarque que cette tendance est stable. En 1989 et 1990, pendant la même période de neuf mois, pour l'ensemble des foyers de soins, le total mensuel moyen de noms figurant au registre a chuté de 89.0 (1989) à 14.5 (1990) dans la région de Fredericton et, de 60.1 (1989) à 14.4 (1990) dans la Péninsule acadienne.

Tableau 27. Nombre de personnes âgées frêles inscrites au registre (1er avril au 30 septembre, 1989 et 1990).

FREDERICTON		janv	fév	mars	avril	mai	juin	juill	août	sept	moy
Incription au	1989	13	19	20	12	19	17	23	24	13	17,8
registre	1990	21	19	9	12	8	14	15	8	11	13,0
Admission en	1989	15	15	18	18	11	11	9	9	11	13,0
foyer de soins	1990	17	15	12	16	8	9	10	8	7	11,3
Rayées du	1989	4	2	8	13	4	6	4	11	2	6,0
registre	1990	5	2	2	2	0	2	1	0	6	2,2
Total au début	1989	103	97	99	93	74	78	78	88	92	89,1
du mois	1990	16	15	19	16	10	10	13	17	17	14,8
Total à la fin	1989	97	99	93	74	78	78	88	92	92	87,9
du mois	1990	15	17	16	10	10	13	17	17	15	14,4
PÉN. ACAD.											
Incription au	1989	6	5	5	10	7	6	6	2	8	6,1
registre	1990	9	9	9	2	6	4	4	9	7	6,6
Admission en	1989	5	3	4	6	1	3	2	5	3	3,6
foyer de soins	1990	2	4	6	10	4	6	7	8	5	5,8
Rayées du	1989	1	0	2	1	0	1	6	1	2	1,6
registre	1990	1	2	2	0	2	0	0	1	0	0,9
Total au début	1989	65	65	67	52	55	61	63	61	57	60,7
du mois	1990	12	18	21	22	14	14	12	9	9	14,6
Total à la fin	1989	65	67	52	55	61	63	61	92	92	67,6
du mois	1990	18	21	22	14	14	12	9	17	15	15,8

Réduction du nombre moyen de jours d'attente - À partir des renseignements recueillis dans le cadre du projet de Point d'entrée unique, nous avons examiné la question de la période d'attente moyenne pour les personnes inscrites par le panel du Point d'entrée unique sur la liste d'attente des foyers de soins.

Dans la région de Fredericton, au cours de la période du 1er avril au 30 septembre 1990, 46 clients ont été inscrits sur la liste d'attente des foyers de soins et ont par la suite été admis dans un foyer de soins après une période d'attente moyenne de 18,6 jours.

Dans la Péninsule acadienne, toujours pour la période du 1er avril au 30 septembre 1990, 29 clients ont été inscrites sur la liste d'attente des foyers de soins et ont par la suite été admis dans un foyer après une période d'attente moyenne de 16,5 jours.

La réduction de la période d'attente moyenne est une autre des effets du Point d'entrée unique. Nous avont tenté de rassembler des données comparatives pour mieux apprécier la situation. Cet effort n'a pas produit les résultats escomptés à cause de la difficulté de définir à l'aide de quelques statistiques un phénomène aussi complexe. À notre avis cependant la réduction de la période d'attente est importante, nous en tenons comme preuve les commentaires de quelques personnes ayant observé que le court laps de temps avant l'admission dans un foyer de soins ne laissait plus aux personnes impliquées le temps habituel pour se faire à l'idée de la séparation prochaine.

Étude des admissions au foyer de soins - Pendant la durée du projet pilote une étude a été menée avec la participation de chaque foyer de soins de l'une et l'autre des régions pilotes. Le formulaire utilisé pour cette étude recueillait l'information suivante:

a) le nombre de nouveaux cas admis, provenant de la région;
b) le nombre de transferts provenant de la région;
c) le nombre de nouveaux cas admis provenant d'autres régions de la province;
d) le nombre de transferts provenant d'autres régions de la province;
e) le nombre d'admissions ne provenant pas de la province;
f) le nombre total de places dans le foyer de soins.

Cette information a été obtenue pour une période de onze mois soit du début décembre 1989 à la fin octobre 1990. L'analyse montre que, dans la région de Fredericton, 46,9% des personnes admises avaient été référées par le Point d'entrée unique. Dans la Péninsule acadienne, 46,5% des personnes admises provenaient également de références du Point d'entrée unique et qu'un 26,7% additionnel n'ont pu être classifiées comme références directes du Point d'entrée unique au moment où les données ont été compilées.

Les transferts provenant d'autres foyers de soins de la région forment 26,8% des admissions dans la région de Fredericton, admissions dont certaines avaient pu être des références du Point d'entre unique. Les transferts provenant d'autres foyers de soins de la région comptent pour 16,3% des admissions dans la région de la Péninsule acadienne.

D'autre part, dans la région de Fredericton, les personnes provenant d'autres régions de la province représentaient 26,3% des admissions. Dans la Péninsule acadienne, les personnes provenant d'autre régions de la province comptaient pour 10,5% des admissions au cours de la période étudiée.

Dans les deux régions pilotes, la clientèle à laquelle s'adressent les services des foyers de soins est remplacée peu à peu par une clientèle choisie par des procedures de sélection différentes. Il est

cependant difficile de déterminer le rythme de ce changement à cause du grand nombre de facteurs qui peuvent avoir une effet sur ce rythme. D'après l'information disponible, l'on peut constater cependant qu'à un moment donné, les cas référés par le Point d'entrée unique ont constitué 16,1% des clients des foyers de soins de la région de Fredericton et 11,8% de ceux de la Péninsule acadienne.

L'on peut donc affirmer que le Point d'entrée unique a eu des effets sur la liste d'attente pour l'admission dans un foyer de soins. Cette liste a été réduite de 84% dans la région de Fredericton et de 76% dans la Péninsule acadienne. Cette réduction, qui demeure effective depuis 9 mois, aurait pu résulté en un certain nombre de lits vacants si aucune personne provenant de l'extérieur de la région n'avait été admise dans un foyer de soins des régions pilotes durant la période d'essai du Point d'entrée unique. Il faut noter aussi que la période d'attente avant l'admission est maintenant de moins de 20 jours dans l'une et l'autre des régions pilotes.

C. PROFIL DES BESOINS DES PERSONNES INSCRITES SUR LA LISTE D'ATTENTE

Afin de décrire les besoins des personnes âgées dont les noms ont été inscrits sur la liste d'attente des foyers de soins dans le cadre du modèle du Point d'entrée unique, on a recueilli les données inscrites aux sections 1B, 2A, 4E et 7 du formulaire utilisé pour l'évaluation des soins continus. Les 30 derniers cas inscrits sur la liste d'attente dans chacune des deux régions pilotes ont été retenus pour cette étude. Les résultats figurent à la dernière colonne de l'annexe H. On peut donc comparer les besoins de ces personnes avec ceux des personnes faisant partie des cohortes actuelles et à qui l'on dispense des services enrichis afin de leur permettre de demeurer dans la communauté.

Pour obtenir une meilleure compréhension de la situation, il nous faut comparer l'état des besoins des personnes dont les noms figurent sur la liste d'attente des foyers de soins avec ceux des personnes dont les noms étaient inscrits sur la liste d'attente au début du projet, et ce dans les deux régions pilotes. Dans ce but, il faut d'abord considérer que l'inscription à d'autres programmes tels que celui destiné aux adultes handicapés, les décisions personnelles de retirer son nom de la liste, le déménagement dans une autre région, le décès, l'admission à l'hôpital ou aux soins palliatifs et l'admission dans un foyer de soins sont tous des facteurs qui, alliés aux admissions au Point d'entrée unique, constituent 90% de la réduction du nombre de noms inscrits au registre des foyers de soins au 1er novembre 1989 dans la région de Fredericton et 84% dans la Péninsule acadienne à la même date. Il faut aussi supposer que les 26 personnes de la région

de Fredericton et les 14 de la Péninsule acadienne inscrites aux services enrichis au début du projet (voir tableau 1 du Chapitre II) avaient été jugées admissibles à un foyer de soins et peuvent donc représenter une bonne proportion des personnes qui auraient pu être admises dans un foyer de soins si le Point d'entrée unique n'avait pas été mis en oeuvre dans ces deux régions pilotes. C'est en tenant compte de ces éléments que nous utilisons le profil des besoins de ces deux groupes.

Le profil des besoins tracé ici comprend donc des renseignements comparatifs sur les éléments de chaque domaine de besoins identifiés au chapitre III comme constituant les problèmes les plus graves affectant plusieurs des personnes âgées frêles des cohortes de démonstration. Aux fins de comparaison, pour chaque groupe, nous avons tenu compte de la proportion de personnes ayant des problèmes sérieux et graves (point 3 et 4 sur l'échelle présentée au chapitre III).

Les résultats de cet exercice comparatif figurent au tableau suivant. Les trois premières colonnes décrivent le statut des trois groupes de la région de Fredericton, tandis que les trois dernières montrent le statut des trois groupes de la Péninsule acadienne. Sous la rubrique "Cohorte" figure le statut de la cohorte de démonstration en septembre 1989; dans la colonne intitulée "Groupe A", apparaît le statut en novembre 1989 des personnes âgées dont les noms figuraient au registre des foyers de soins au début du projet Point d'entrée unique; quant à la rubrique "Groupe B", on y retrouve le statut d'un groupe de personnes âgées dont le Point d'entrée unique a récemment inscrit les noms sur la liste d'attente des foyers de soins.

Ce tableau montre que les personnes âgées dont les noms ont été inscrits au registre par le Point d'entrée unique sont plus frêles que celles qui font partie des deux autres groupes. Cette affirmation convient à presque tous les éléments étudiés. Cette détérioration de l'état de santé semble plus évidente dans les domaines de la santé mentale et du statut psychosocial, où l'on rapporte des troubles sérieux ou graves chez plus de 40% des personnes âgées de la région de Fredericton et chez plus de 50% de celles de la Péninsule acadienne.

Les informations rassemblées indiquent également que ces personnes sont plus frêles qu'un groupe de personnes dont les noms étaient sur la même liste d'attente au début du projet. Nous pouvons croire que cela est également un effet du Point d'entrée unique.

Tableau 28. Proportion de personnes âgées frêles ayant des problèmes sérieux ou graves, par groupe et par région

Domaine de besoins	Fredericton			Péninsule acadienne		
	Cohorte	Liste d'attente - foyer de soins		Cohorte	Liste d'attente - foyer de soins	
		Groupe A	Groupe B		Groupe A	Groupe B
	(N=50) %	(N=26) %	(N=30) %	(N=41) %	(N=14) %	(N=30) %
État de santé physique						
Gestion des médicaments	52	16	77	66	54	77
Fonctionnement physique	49	23	64	51	29	73
Élimination urinaire	35	19	41	17	29	47
Élimination des intestins	28	8	48	15	14	47
Soins de la peau	28	12	45	7	7	37
Gestion de la douleur	17	4	31	5	0	23
Mobilité						
Mobilité à l'intérieur	29	12	50	27	8	41
Mobilité à l'extérieur	60	27	71	61	31	69
Escaliers/rampes	65	32	68	85	71	80
Utiliser les transports	74	46	79	78	31	72
Activités de la vie quotidienne						
Manger	15	12	36	13	15	24
Se vêtir	38	19	71	37	23	69
Faire sa toilette	53	27	71	46	23	72
Prendre un bain	81	46	93	83	77	96
Utiliser les toilettes	38	24	63	27	15	45
Transferts	39	15	54	27	15	45
Soin des pieds	91	77	93	80	62	93
Activités instrumentales de la vie quotidienne						
Emplettes	91	69	100	100	92	100
Transactions bancaires	83	54	85	89	83	97
Gestion du budget	79	54	85	90	83	93
Préparation des repas	85	69	96	93	83	100
Ménage	96	73	96	100	100	100
État mental						
Agilité d'esprit	16	4	43	20	21	50
Orientation	20	4	44	10	21	50
Mémoire	25	4	54	20	14	50
Jugement/Décision	17	12	42	22	21	53
État psychosocial						
Interactions sociales	38	27	53	56	43	80
Agitation	14	12	21	5	0	27
Agressivité	20	12	28	12	14	40
Déambulation	6	4	14	5	7	13
Dépression	19	4	38	10	21	17

Cohorte: résultats de la dernière réévaluation des personnes des cohortes actuelles.
Groupe A: résultats de l'évaluation multidisciplinaire de novembre 1989, des personnes dont les noms étaient sur la liste d'attente avant d'être inscrits aux services enrichis du Point d'entrée unique.
Groupe B: résultats de l'évaluation multidisciplinaire de personnes dont les noms sont actuellement sur la liste d'attente des foyers de soins.

RÉSUMÉ ET CONCLUSION

La mise à l'essai du modèle du Point d'entrée unique a permis de mettre en évidence certains effets de ce modèle sur le volume des dossiers à traiter par les Services sociaux communautaires à la famille. Elle a permis aussi de taiter des effets sur la liste d'attente des foyers de soins. Finalement, elle a permis de mettre en évidence les caractéristiques des personnes dont les noms sont inscrits sur la liste d'attente des personne âgées à la suite d'une recommandation du panel.

A. Les études menées sur les effets du modèle en regard du volume des dossiers à traiter par les Services sociaux communautaires à la famille nous amènent aux conclusions suivantes:

- Au cours de l'année, l'augmentation du nombre de dossiers à traiter dans chacune des régions pilotes a été supérieure à celle des autres régions. Cette augmentation est perçue comme un effet du projet Point d'entrée unique en ce sens que toute personne âgée qui auparavant s'adressait elle-même ou était référée à un foyer de soins voit maintenant son dossier étudié par les ervices sociaux communautaires à la famille. De plus, le projet offre un supplément de services aux personnes éligibles, notamment à celles pour qui les services réguliers ne suffisent plus alors qu'auparavant ces personnes étaient référées à d'autres agences ou institutions.

- L'inscription aux services enrichis de cas provenant de la liste d'attende des foyers de soins en début de projet, les demandes régulières d'évaluation pour placement dans un foyer de soins et le transfert des cas de soins de longue durée en début de projet également sont également trois facteurs explicatifs de l'augmentation du volume de cas.

- L'augmentation du nombre de dossiers à traiter à l'accueil est accompagnée d'une diminution dans la proportion de cas ouverts. On constate une nette diminution dans la région de Fredericton (-17%) et une tendance à la diminution dans la Péninsule acadienne (-4%).

- L'évolution de la situation devra être suivie sur une plus longue période pour estimer la part de l'augmentation du volume de dossiers à traiter qui pourrait être due à l'effet de nouveauté du Point d'entrée unique.

B. Les études menées sur les effets du modèle en regard de la liste d'attente des foyers de soins nous amènent aux conclusions suivantes:

- Le nombre de personnes âgées inscrites sur la liste d'attente est moins élevé au 31 septembre 1990 qu'à la même date de l'année précédente. Le nombre est de 15 contre 92 dans la région de Fredericton; il est de 11 contre 60 dans la Péninsule acadienne.

- La réduction de la liste d'attente est survenue dès novembre 1989, date du début du Point d'entrée unique, suite à l'évaluation de tous les dossiers qui existaient à cette date.

- Depuis la fin décembre 1989, la proportion des noms sur la liste d'attente se situe à un niveau de 84% plus bas dans la région de Fredericton (le nombre variant de 10 à 17); dans la région de la Péninsule acadienne, la proportion se situe à un niveau de 76% plus bas (le nombre variant de 11 à 22). Cette réduction de la liste d'attente aurait pu être encore plus grande si aucun lit vacant n'avait été comblé par des personnes venant d'autres régions de

la province. De telles admissions ont compté pour 26,3% de celles de la région de Fredericton et pour 10,5% de celles de la Péninsule acadienne.

- Le nombre de jours d'attente avant l'admission au foyer de soins a été réduit de façon importante. Calculé pour les cas référés par le Point d'entrée unique au cours d'une période de six mois, le temps moyen d'attente a été de 18,6 jours dans la région de Fredericton et de 16,5 jours dans la région de la Péninsule acadienne.

C. Les résultats de la compilation des données de l'évaluation multidisciplinaire de deux groupes de 30 personnes âgées dont les noms ont été mis par le panel du Point d'entrée unique sur la liste d'attente pour foyer de soins ont permis de montrer que:

- Ces personnes sont plus frêles que celles des groupes recevant les services enrichis et ce, dans les deux régions pilotes;

- La différence la plus marquée entre ces groupes et ceux recevant les services enrichis réside dans l'état de santé mentale;

- Les personnes inscrites sur la liste d'attente des foyers de soins par le biais du processus du Point d'entrée unique sont plus frêles que celles dont les noms étaient sur cette même liste d'attente au début du projet.

Ce chapitre étudiait les effets du Point d'entrée unique sur deux composantes du système de soins prolongés. Le chapitre suivant s'attardera à identifier les impacts de ce modèle sur d'autres éléments faisant partie du système et oeuvrant comme partenaires du Ministère pour l'atteinte des objectifs du Point d'entrée unique.

CHAPITRE IX

IMPACTS OBSERVÉS ET IMPACTS PROBABLES SELON LES PARTENAIRES SOCIAUX

Le Point d'entrée unique a sans aucun doute eu divers effets sur le travail effectué ou sur le contexte de travail des partenaires sociaux que sont les foyers de soins, les agences de services, les hôpitaux et bon nombre d'associations et de regroupements professionnels. L'objectif de ce chapitre est d'abord d'identifier les quelques impacts du Point d'entrée unique qui ont pu être observés au cours de cette année de mise à l'essai du modèle et ensuite de rendre compte des opinions émises à propos de quelques impacts attendus à cause du modèle même.

A. LES IMPACTS OBSERVÉS

Suite à l'analyse des réponses reçues d'hôpitaux, de foyers de soins et d'agences de services des régions de Fredericton et de la Péninsule acadienne, il nous est possible de dresser une liste des impacts observés. Le questionnaire adressé à ces personnes abordaient la question des impacts sous l'angle des changements observés à la suite de l'arrivée du Point d'entrée unique. Chaque personne de ce groupe était invitée à répondre à la question suivante:

> Veuillez décrire ci-dessous les trois principaux changements que vous avez observés dans votre organisme comme conséquence du Point unique d'entrée, en indiquant ce qui a changé, si possible dans quelle proportion, et si cet impact vous semble nettement négatif, plutôt négatif, plutôt positif ou nettement positif.

Il nous faut noter que tous les impacts mentionnés par les répondants et les répondantes figurent dans la liste qui suit quel que soit le nombre de personnes qui ont mentionné chaque impact.

Les impacts observés par les personnes représentant les foyers de soins - Un total de 14 des 16 foyers de soins (88%) situés dans les régions de Fredericton et de la Péninsule acadienne ont retourné le questionnaire qui leur a été adressé. Les impacts que les personnes représentant les foyers de soins ont observés au cours de l'année de la mise à l'essai du Point d'entrée unique se regroupent autour de cinq idées principales.

Impacts observés auprès des personnes âgées résidant dans un foyer de soins - On observe une diminution de la qualité de vie sociale des résidents à cause de l'état de santé physique et mentale des personnes nouvellement admises. Il y a une augmentation du nombre de transferts: des résidents qui n'avaient pas été admis dans le foyer de leur choix demandent un transfert. Ces personnes vivront une nouvelle période d'adaptation. Ces deux impacts ont été observés par quelques personnes et sont considérés comme plutôt négatifs. Quelques personnes ont mentionné que le projet pilote a eu pour effet une forte diminution de la liste d'attente. Cet impact est considéré positif par certains et négatif par d'autres.

Impacts observés sur les ressources humaines - La moitié des répondants et répondantes ont observé un manque de formation du personnel. Cet impact est perçu comme nettement négatif. On fait remarquer que les critères d'embauche du personnel étaient conformes aux besoins de l'ancienne clientèle.

Impacts observés sur la tâche -La plupart des répondants et répondantes ont observé une augmentation de la charge de travail: les nouveaux admis sont confus mentalement et ont besoin de plus de surveillance, plus de résidents mangent dans leurs chambres, plus de résidents nécessitent un niveau de soins très élevé. Somme toute, le nombre d'heures de travail par résident a augmenté. Cet impact est considéré comme négatif.

Impacts observés sur le programme d'activités - Le tiers des répondants et répondantes ont observé que l'arrivée des nouveaux résidents impose des limites au programme d'activités et suscite le besoin de développer de nouvelles activités pour ces personnes. Cet impact est considé comme plutôt négatif.

Impacts observés sur les coûts - Quelques personnes ont observé une augmentation des coûts de personnel et des coûts de fonctionnement: diètes, buanderie (incontinence), installations physiques (fugues), chaises roulantes, etc. On relève également une augmentation du nombre de jours-lits vacants. Ces impacts sont considérés comme plutôt négatifs.

Les impacts observés par les personnes représentant les agences de services - Un total de 16 des 22 agences pourvoyeuses de services (73%) situées dans les régions de Fredericton et de la Péninsule acadienne ont retourné le questionnaire qui leur a été adressé. Les impacts que les personnes représentant ces organismes ont observés au cours de l'année de la mise à l'essai du Point d'entrée unique se regroupent autour de cinq idées principales.

Impacts observés sur les besoins en personnel - La plupart des répondants et répondantes ont eu besoin de personnel supplémentaire, notamment un plus grand nombre d'auxiliaires familiales. Le projet pilote a fait apparaître le besoin d'une banque d'employés. Ces impacts sont perçus comme positifs.

Impacts observés sur les rôles et les tâches - Quelques personnes ont observé des changements dans le rôle des auxiliaires familiales. On constate également que le Point d'entrée unique exige plus de gestion de cas (discussion avec les coordonnateurs de cas, transmission d'information, etc). On sait mieux quels sont les soins infirmiers à donner, on a une meilleure connaissance des besoins à combler. Tous ces impacts sont perçus comme étant positifs. Par contre, une personne mentionne que l'on demande beaucoup d'implication de la part des auxiliaires familiales qui travaillent à temps partiel et considère cet impact comme plutôt négatif.

Impacts observés sur les besoins en formation du personnel - La moitié des répondants et répondantes ont observé des besoins en formation du personnel. Ces personnes considèrent qu'il s'agit-là d'un impact positif du Point d'entrée unique.

Impacts observés sur les services offerts - Le volume de services à offrir a augmenté. Le nombre d'heures de présence auprès d'une personne âgée a augmenté. On a dû modifier l'horaire d'offre des services. On a constaté l'augmentation de la demande d'évaluations psychiatriques. Dans une agence le projet pilote a suscité l'ajout d'un service. Près de la moitié des répondants et répondantes ont identifié des impacts du Point d'entrée unique sur les services offerts et considèrent ces impacts comme étant positifs.

Impacts observés sur les auxiliaires familiales - Quelques personnes font remarquer que le projet pilote apporte plus de travail pour les auxiliaires familiales; elles considèrent que c'est-là un impact positif. Une personne a constaté une amélioration de la relation client-auxiliaire familiale parce que l'anxiété vis-à-vis des coûts du service a diminué.

Les impacts observés par les personnes représentant les hôpitaux - Un total de 8 des 10 hôpitaux (80%) situés dans les régions de Fredericton et de la Péninsule acadienne ont retourné le questionnaire qui leur a été adressé.

Du côté des impacts nettement positifs, la plupart des répondants et répondantes rapportent avoir observé que les personnes âgées qui reçoivent leur congé de l'hôpital ont un accès plus rapide au foyer de soins ou retournent plus vite à la maison. Ces deux derniers faits ont eux-mêmes un

impact: une meilleures utilisation des ressources de l'hôpital. De plus, une personne a observé que les personnes âgées peuvent mettre en pratique chez-elles les choses apprises en réhabilitation, impact également considéré positif.

D'autres impacts, perçus comme étant plutôt positifs, sont relevés par quelques personnes: l'augmentation du nombre de patients externes de même que le fait que les personnes âgées ne viennent à l'hôpital qu'au besoin.

B. LES IMPACTS ATTENDUS OU PROBABLES

L'étude du modèle tel que décrit dans le Chapitre I et dans la documentation présentée à l'Annexe B, de même que l'écoute de discussions tenues à propos de ce modèle, nous ont permis d'identifier un certain nombre d'attentes au plan des impacts du Point d'entrée unique. Afin de connaître les opinions sur ces impacts probables, nous en avons décrit quelques-uns (voir Annexes E et F) et avons invité les partenaires sociaux déjà identifiés à indiquer leur avis sur l'ampleur de ces impacts. La synthèse des opinions exprimées fait apparaître à la fois des consensus et des différences de points de vue.

De nouvelles attitudes à adopter - Parce qu'il fait appel à une façon de voir qui pour certaines personnes peut être nouvelle, le Point d'entrée unique peut nécessiter un changement d'attitudes. Cet impact a été décrit pour deux groupes: d'une part la population en général et la personne âgée en particulier et d'autre part les membres d'organismes impliqués dans l'application du modèle.

> Énoncé figurant dans le questionnaire - Par suite du Point d'entrée unique, la population en général et la personne âgée en particulier aura à comprendre l'importance d'accepter des responsabilités personnelles à l'égard de son bien-être et de sa santé.

La majorité des répondants et répondantes considère que cet impact sera grand. L'on rappelle qu'il y a eu peu d'éducation en matière de santé et de bien-être et qu'il y a là un rattrapage à effectuer. Quelques commentaires indiquent cependant que prendre en charge sa santé et son bien-être est plus une question de capacité physique et morale qu'une question de volonté ou d'attitude.

Énoncé figurant dans le questionnaire - Par suite du Point d'entrée unique, les membres d'organismes impliqués auprès de la personne âgée frêle auront à revoir leur attitude personnelle et leur approche professionnelle en fonction de cette clientèle.

Les répondants et répondantes ont des points de vue différents sur cette question. La majorité des personnes représentant les foyers de soins, les agences de services et les hôpitaux considèrent que c'est-là un impact qui aura une grande et très grande ampleur alors que la majorité des personnes représentant les associations et regroupements provinciaux considèrent au contraire que l'ampleur de cet impact sera plutôt faible ou au plus moyenne. Ces dernières personnes font remarquer que l'attitude positive est déjà acquise et que le perfectionnement professionnel est amorcé.

Un changement de clientèle à prévoir - Les opinions sur cet impact n'ont été recueillies qu'auprès des associations et des regroupements provinciaux. Nous avions invité les autres partenaires sociaux à nous faire connaître les changements qu'ils avaient observés en cette matière, changements dont nous avons rendu compte dans la section A de ce chapitre.

Énoncés figurant dans le questionnaire - Par suite du Point d'entrée unique, les services communautaires connaîtront un changement de clientèle.

Par suite du Point d'entrée unique, les institutions (hôpitaux, foyers de soins, etc.) connaîtront un changement de clientèle.

La majorité des personnes représentant les associations et les regroupements provinciaux croient que le changement de clientèle sera moins grand pour les services communautaires que pour les institutions. Quelques personnes soulignent que les foyers de soins accueilleront des personnes âgées ayant de plus grands besoins qu'auparavant, que les hôpitaux et les agences de services infirmiers auront à faire face à une plus grande demande de soins aigus et que dans certains cas, il faudra développer des services particuliers pour les personnes âgées frêles.

Des ressources à développer et à mettre en valeur - Un des commentaires formulés nous servira ici d'introduction: "actuellement les besoins sont plus grands que les services disponibles".

> Énoncé figurant dans le questionnaire - Par suite du Point d'entrée unique, chaque région aura ou à développer un ensemble de services communautaires tels que services d'aide familiale, de relève, de repas à domicile, de visites amicales, de physiothérapie, d'ergothérapie, etc., pour répondre aux besoins de la personnes âgée frêle.

La majorité des répondants et répondantes font consensus pour dire que cet impact aura une grande et même très grande ampleur selon la région.

Un mode de travail à consolider: l'équipe multidisciplinaire - Lieu de concertation et de décision, l'équipe multidisciplinaire est une composante essentielle du modèle Point d'entrée unique.

> Énoncé figurant dans le questionnaire - Pour rencontrer ses objectifs, le Point d'entrée unique exige que les agents de la communauté impliqués auprès des personnes âgées frêles (travailleurs sociaux, infirmières, médecins, autres professionnels de la santé, pourvoyeurs de services, etc.) forment une équipe multidisciplinaire.

La majorité des répondants et répondantes considèrent que cet impact sera de grande sinon de très grande ampleur. On souhaite la participation de toutes les personnes concernées tout en conservant un souci d'efficacité et d'utilisation optimum du temps consacré à cette équipe.

Autres impacts probables selon les personnes représentant les associations et les regroupements - L'item suivant figurait dans le questionnaire adressé aux associations et aux regroupements provinciaux.

> Quels sont, selon les membres de votre association, les autres impacts probables et l'ampleur de chacun ?

Chacun des impacts relevés ci-dessous n'a été mentionné que par une personne. Les cinq idées principales autour desquelles nous avons regroupé ces impacts indiquent en quelque sorte les zones où, de l'avis des personnes représentant les associations et les regroupements, les impacts du Point d'entrée unique se feront le plus sentir.

Les impacts probables sur les personnes âgées et leur famille - Il y aura un changement dans les attentes des aînés et de leurs enfants de même que dans les attentes du public en général. Les personnes susceptibles de bénéficier du projet auront besoin d'information. Le Point d'entrée unique permettra d'identifier et de traiter, avant qu'ils ne soient irréversibles, les problèmes reliés à la mobilité, à la force physique, à la coordination, à la douleur etc. En conservant leur autonomie, les personnes auront moins besoin de services. Enfin, on prévoit une meilleure qualité de vie pour les personnes âgées.

Les impacts probables sur les ressources humaines - Il y aura augmentation de la tâche des ergothérapeutes en milieu communautaire de même qu'en foyers de soins. Il y aura également augmentation de la tâche des ergothérapeutes en milieu hospitalier si l'on a recours à ces professionnels pour compléter une partie de l'évaluation multidisciplinaire lorsque les clients sont hospitalisés. D'autre part, il y aura un changement dans le rôle des physiothérapeutes étant appelés à devenir consultants auprès des bénéficiaires et éducateurs auprès des intervenants ou des pourvoyeurs de soins, étant appelés aussi à s'impliquer dans l'éducation à la santé et à la prévention. On prévoit également un besoin de formation en gériatrie. Enfin, il y aura un besoin de personnel travaillant selon d'autres horaires que celui du 9 à 5.

Les impacts probables sur les services - Il y aura une augmentation dans la demande de services notamment pour le service de relève et pour un service de garde le jour, service qui serait à la fois de bonne qualité et de coût modéré. On s'attend à une augmentation dans le nombre d'appels faits à la Société d'Alzeimer pour obtenir information et support. Enfin, on prévoit une augmentation de la demande d'équipement pour soins de santé auprès d'agences telles que la Croix-rouge.

Les impacts probables sur les coûts - Des opinions contradictoires sont émises sur ce sujet. D'une part, on prévoit que plus les personnes âgées seront autonomes moins elles auront besoin de services ce qui réduira d'autant les coûts. D'autre part, on prévoit qu'il y aura une augmentation des coûts d'équipement pour les soins de santé et la réadaptation. Enfin, on mentionne que les budgets devront être augmentés pour répondre à la demande.

RÉSUMÉ ET CONCLUSION

Dans le cadre des limites de l'évaluation qui a été réalisée, nous avons procédé à une étude préliminaire des impacts du modèle du Point d'entrée unique. Cette étude nous a permis de dresser deux listes: une première relevant les impacts observés au cours de la mise à l'essai du modèle par le projet pilote, une seconde relevant les impacts probables ou attendus.

Les impacts déjà observés - La compilation des questionnaires retournés par 88% des foyers de soins, 73% des agences de services et 80% des hôpitaux des deux régions pilotes nous a permis de dresser la liste des impacts que les répondants et les répondantes ont observé au cours de la mise à l'essai du modèle du Point d'entrée unique. Les thèmes abordés par chaque groupe sont présentés ci-dessous.

Observations des responsables des foyers de soins - cinq thèmes ont été abordés:

- impacts auprès des personnes âgées résidant dans un foyer de soins;
- impacts sur les ressources humaines;
- impacts sur la tâche;
- impacts sur le programme d'activités;
- impacts sur les coûts.

Observations des responsables des agences de services - cinq thèmes ont été abordés:

- impacts sur les besoins en personnel;
- impacts sur les rôles et les tâches;
- impacts sur les besoins en formation du personnel;
- impacts sur les services offerts;
- impart sur les auxiliaires familiales.

Observations des personnes représentant les hôpitaux - deux thèmes ont été abordés:

- impacts sur les personnes recevant leur congé:
- impacts sur l'utilisation des ressources de l'hôpital.

Les impacts attendus ou probables - La liste de des impacts attendus ou probables prend sa source dans la description même du modèle du Point d'entrée unique de même que dans les opinions exprimées par les répondants et les répondantes représentant les foyers de soins, les agences de services, les hôpitaux, les associations et les regroupements.

Les thèmes abordés ont été les suivants:

- De nouvelles attitudes à adopter;
- Un changement de clientèle à prévoir;
- Des ressources à développer et à mettre en valeur;
- Un mode de travail à consolider: la multidisciplinarité;
- Des impacts probables sur les personnes âgées et leur famille;
- Des impacts probables sur les ressources humaines;
- Des impacts probables sur les services;
- Des impacts probables sur les coûts.

Ce chapitre a présenté une étude descriptive des impacts du Point d'entrée unique sur quelques-unes des composantes du système de soins et de services offerts aux personnes âgées. Pour déterminer l'importance ou l'ampleur des impacts identifiés, il faudra procéder à une étude descriptive plus approfondie et complétée celle-ci par une étude quantitative .

CHAPITRE X

LES OPINIONS SUR LE MODÈLE DU POINT D'ENTRÉE UNIQUE

L'objectif de ce chapitre est de rendre compte de l'ensemble des opinions recueillies auprès de six groupes différents. Des informations ont été recueillies à l'aide de questionnaires auprès des six groupes entre novembre 1990 et janvier 1991.

- Une entrevue a été menée auprès d'un échantillon de personnes âgées frêles dans chacune des deux cohortes de démonstration et auprès de pourvoyeurs de soins naturels désignés par les personnes âgées choisies. L'annexe C présente en parallèle le compte rendu des entrevues auprès de ces deux groupes de personnes.

- Un questionnaire a été adressé aux travailleurs sociaux et infirmières impliqués dans le Point d'entrée unique. L'annexe D présente la compilation des réponses obtenues et une synthèse des commentaires formulés par ces professionnels.

- Un questionnaire a été adressé aux hôpitaux, foyers de soins et agences de services des deux régions pilotes. L'annexe E présente la compilation des réponses obtenues et une synthèse des commentaires formulés par ce groupe.

- Un questionnaire a été adressé aux organismes, associations et regroupements identifiés comme dépositaires d'enjeux. L'annexe F présente la compilation des réponses obtenues et une synthèse des commentaires formulés par ce groupe.

- Une série d'entrevues a été réalisée auprès des administrateurs du Point d'entrée unique dans les régions.

Ce chapitre rend compte d'abord de la satisfaction des clients et de l'avis des professionnels sur le Point d'entrée unique. On aborde ensuite trois points sur lesquels toutes les personnes et tous les groupes ont été appelés à se prononcer: l'accord sur les objectifs du Point d'entrée unique, les forces de cette approche et les améliorations à y apporter.

A. LA SATISFACTION DES CLIENTS ET CLIENTES

La satisfaction vis-à-vis les services reçus (Annexe C) - Les réponses à la question portant sur la satisfaction des personnes âgées frêles des deux cohortes vis-à-vis les services qu'elles reçoivent indiquent dans plus de 97% des cas une très grande satisfaction. Cette information concerne principalement le service d'auxiliaire familiale, les soins infirmiers, le service

de relève, les repas à domicile et le service d'équipements spécialisés, services utilisés par au moins cinq des personnes âgées interrogées. De plus, 77% des répondants de la cohorte de Fredericton et 84% de celle de la Péninsule acadienne disent que les services reçus ne dérangent pas du tout leurs habitudes de vie.

La même question portant sur la satisfaction vis-à-vis les services reçus posée aux pourvoyeurs de soins naturels permet d'observer une satisfaction très grande également dans plus de 97% des cas. De plus, 96% des pourvoyeurs de soins naturels de Fredericton et 76% de ceux de la Péninsule acadienne disent que les services reçus ne dérangent pas du tout leurs habitudes de vie. Selon ces pourvoyeurs de soins, les services leur rendent la vie plus facile pour eux et augmentent la qualité de vie de la personne âgée.

Temps et démarches pour l'obtention de services (Annexe C) - Environ 85% des personnes âgées et des pourvoyeurs de soins interrogés disent avoir mis peu ou très peu de leur temps pour obtenir des services et sont assez ou même très heureux d'avoir fait les démarches nécessaires.

Réaction de la majorité face à l'évaluation: perceptions des professionnels (Annexe D) - Près de 40% des professionnels rapportent avoir perçu une inquiétude moyenne ou grande chez les personnes âgées évaluées et 30% ont perçu ce même niveau d'inquiétude chez les pourvoyeurs de soins naturels rencontrés. Peu de professionnels rapportent avoir perçu de l'agacement face à l'évaluation multidisciplinaire: 15% ont perçu un niveau d'agacement moyen ou grand chez les personnes âgées évaluées et 22% ont perçu ce même niveau d'agacement chez les pourvoyeurs de soins naturels rencontrés. Un grand nombre de professionnels ont perçu un bon niveau de satisfaction en regard de l'évaluation multidisciplinaire: 78% rapportent avoir perçu une satisfaction moyenne ou grande à la fois chez les personnes âgées évaluées et chez les pourvoyeurs de soins naturels rencontrés.

Correspondance des services aux besoins et préférences (Annexe C) - Dans la cohorte de Fredericton, 14% des personnes âgées frêles interrogées disent avoir assez ou beaucoup participé aux décisions à propos des services qu'elles reçoivent; dans la cohorte de la Péninsule acadienne, 48% disent avoir assez ou beaucoup participé aux décisions . La presque totalité d'entre elles, plus de 90% dans chaque cohorte, disent que les services reçus correspondent assez bien et même très bien à leurs besoins.

Pour ce qui est de leurs préférences, 19% des personnes de la cohorte de Fredericton disent les avoir souvent ou très souvent fait connaître; dans la cohorte de la Péninsule acadienne, 43% disent avoir souvent ou très souvent fait connaître leurs préférences. Celles qui l'ont rarement ou peu souvent fait ne l'ont pas jugé nécessaire, étaient satisfaites de la situation ou encore s'en remettaient à leur pourvoyeur naturel en cette matière.

L'analyse des réponses des pourvoyeurs de soins naturels aux mêmes questions nous permet d'observer une situation différente. Un plus grand nombre de répondants de chaque région (Fredericton: 38%; Péninsule acadienne, 80%) disent avoir assez et même beaucoup participé aux décisions à propos des services reçus. Dans chaque région, plus de 80% jugent que les services reçus correspondent assez bien et même très bien à leurs besoins. Si seulement 44% des pourvoyeurs de soins de Fredericton ont dit avoir fait savoir leurs préférences, la plupart des autres ont indiqué ne pas l'avoir fait parce que les services étaient satisfaisants tels quels et qu'ils n'avaient pas besoin d'intervenir. Dans la Péninsule acadienne, 76% des pourvoyeurs de soins ont dit avoir fait souvent savoir leurs préférences.

La participation aux décisions les concernant: perceptions des professionnels (Annexe D) - En réponse à la question demandant leur avis sur la proportion des personnes âgées frêles ayant pu participer aux décisions les concernant, 22% des professionnels disent qu'entre la moitié et les trois-quarts des personnes âgées et 42% des professionnels disent que plus des trois-quarts des personnes âgées frêles ont pu participer aux décisions les concernant.

En réponse à la même question concernant cette fois la proportion des pourvoyeurs de soins naturels ayant pu participer aux décisions les concernant, 26% des professionnels disent qu'entre la moitié et les trois-quarts des pourvoyeurs de soins naturels et 49% des professionnels disent que plus des trois-quarts de ces personnes ont pu participer aux décisions les concernant.

La majorité des personnes âgées frêles ont affirmé que le Point d'entrée unique est une expérience positive ou très positive. Ainsi, 82% des personnes de la cohorte de Fredericton (18 sur 22) ont affirmé que pour elles le Point d'entrée unique est une expérience positive ou très positive et, dans la cohorte de la Péninsule acadienne, 90% des personnes (17 sur 19) ont fait cette même affirmation.

B. LE POINT D'ENTRÉE UNIQUE VU PAR LES TRAVAILLEUSES ET TRAVAILLEURS SOCIAUX, INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS

La démarche et les procédures (Annexe D) - Après un an de mise en application, aucun des professionnels ne dit rencontrer actuellement de difficulté très élevée dans l'une ou l'autre des trois étapes de l'évaluation multidisciplinaire. Pour la majorité des professionnels (74%), l'évaluation du cas présente une difficulté minime ou moyenne. La préparation du plan de services présente également une difficulté minime ou moyenne pour la majorité des professionnels (76%). Enfin, la présentation au panel présente une difficulté minime ou moyenne pour 80% des professionnels. Les difficultés soulignées concernent le manque de temps pour effectuer un travail satisfaisant, la difficile synthèse du grand nombre d'informations obtenues par l'évaluation multidisciplinaire et parfois l'impossibilité d'évaluer correctement certains cas à l'occasion d'une seule visite.

La situation est quelque peu différente pour les deux étapes subséquentes: mise en place du plan de services et suivi à assurer à ce plan. Pour la majorité des professionnels (80%), la mise en place du plan présente une difficulté minime ou moyenne. Les commentaires nous apprennent qu'il est parfois très difficile de trouver les services convenant à une situation particulière. Par contre, le suivi au plan de services se révèle être l'étape la plus difficile. Plus de la moitié des professionnels (62%) disent que le suivi du plan de services présente une difficulté minime ou moyenne et 35% d'entre eux disent que cette étape présente une difficulté élevée ou très élevée. Les commentaires nous apprennent que la difficulté sinon l'impossibilité de réaliser cette étape provient d'une charge de travail trop lourde combinée avec l'obligation de répondre à d'autres priorités, cela ayant comme conséquence le manque de temps à consacrer au suivi.

L'identification des besoins par l'évaluation multidisciplinaire (Annexe D) - Plus de la moitié des professionnels (56%) éprouvent une grande et très grande satisfaction par rapport à la possibilité d'identifier les besoins réels de la personne âgée par le biais de l'évaluation multidisciplinaire. Une grande proportion des informations provenant de cette évaluation est jugée utile pour bien identifier les besoins de la personne âgée et préparer un plan de services vraiment adéquat: 29% des professionnels disent que 60 à 80% des informations sont utiles et 34% d'entre eux disent que plus de 80% des informations le sont. Selon 50% des professionnels, les résultats de cette évaluation (nombre et qualité des informations obtenues, etc.) justifient assez bien et même tout à fait le temps et l'énergie consacrés à l'évaluation multidisciplinaire.

L'aspect éducatif de l'approche (Annexe D) - Maintenir ou développer l'autonomie de la personne âgée frêle peut signifier dans certains cas lui enseigner de nouvelles façons de prendre soin d'elle-même ou, pour le pourvoyeur de soins, de nouvelles façons de remplir son rôle. Plusieurs professionnels (près de 50%) n'ont pu répondre aux questions concernant la proportion

des personnes âgées et des pourvoyeurs de soins ayant appris de nouvelles façons de faire. Les réponses obtenues laissent supposer que les pourvoyeurs de soins ont appris de nouvelles façons de faire pour mieux remplir leur rôle dans une plus grande proportion que ne l'ont fait les personnes âgées en regard de leurs soins personnels.

L'approche multidisciplinaire (Annexe D) - À l'invitation d'indiquer un ou deux éléments qui les ont le plus intéressés ou aidés, 70% des professionnels ont mentionné l'approche multidisciplinaire. Selon eux, cette approche permet d'apprendre, de comprendre, d'avoir une vision élargie d'une situation, de définir des attentes communes. La plupart des professionnels interrogés (69%) ont eu l'impression de faire partie d'une équipe multidisciplinaire. Plusieurs d'entre eux (54%) jugent assez efficace le partage actuel des responsabilités. Rappelons ici que tout au long de la période de mise à l'essai du modèle Point d'entrée unique, des sessions de formation ont regroupé régulièrement les membres des équipes multidisciplinaires, travailleuses et travailleurs sociaux, infirmières et infirmiers de même que d'autres types de professionnels impliqués dans la mise en oeuvre du modèle.

Coordination et amélioration de la coordination - La plupart des commentaires font référence à la coordination du travail en tant qu'équipe multidisciplinaire. À ce stade-ci du projet, chacun et chacune connaît mieux le travail de l'autre. On considère l'évaluation d'un cas et la préparation du plan de services comme les principaux mécanismes de coordination. On constate une grande volonté d'accomplir ces tâches mais une grande difficulté d'y arriver. Les principales difficultés relevées sont l'horaire de travail des intervenants de l'Hôpital extra-mural de même que les autres responsabilités de ces intervenants notamment la responsabilité de patients en soins aigus.

L'approche par gestion de cas - Les professionnels considèrent des tâches très diverses comme faisant partie de l'approche par gestion de cas: participer à une conférence de cas, assurer le suivi du plan de services, coordonner les services, gérer pour le client (lui fournir enseignement et conseils), conseiller, recommander... Du point de vue des professionnels, cette approche ne semble pas spécifique au Point d'entrée unique. Plus de 50% d'entre eux n'ont pas jugé utile ou possible de répondre à cette question qui leur demandait lesquelles de leurs tâches ils considéraient particulièrement reliées à une approche par gestion de cas.

C. L'ACCORD SUR LES OBJECTIFS DU POINT D'ENTRÉE UNIQUE

L'opinion des personnes âgées frêles (Annexe C) - Plus de 88% des personnes âgées frêles de chaque cohorte sont assez et même tout à fait d'accord avec l'idée que le projet Point

d'entrée unique cherche à protéger l'autonomie de la personne âgée, à la rendre capable de mieux prendre soin d'elle-même. L'intention de ne pas offrir de services que la personne âgée peut se donner elle-même est aussi bien ou très bien acceptée par 91% des personnes de la cohorte de Fredericton et 79% de celles de la cohorte de la Péninsule acadienne.

Dans la cohorte de Fredericton, 77% des personnes âgées frêles interrogées croient qu'un tel projet est vraiment nécessaire pour permettre aux personnes âgées qui le désirent de vivre dans leur demeure; 68% de ces personnes ont dit désirer vivre encore longtemps dans leur demeure. Dans la cohorte de la Péninsule acadienne, 90% des personnes âgées interrogées sont de la même opinion; 85% on dit désirer vivre encore longtemps dans leur demeure.

L'opinion des pourvoyeurs de soins naturels (Annexe C) - Dans l'ensemble, les pourvoyeurs de soins naturels se disent en accord avec les objectifs du Point d'entrée unique: 79% de la région de Fredericton et 91% de la région de la Péninsule acadienne sont assez et même tout à fait d'accord avec l'idée que le projet cherche à protéger l'autonomie de la personne âgée, à la rendre capable de mieux prendre soin d'elle-même. L'intention du projet de ne pas offrir de services que la personne âgée peut se donner elle-même est bien ou très bien acceptée par plus de 82% des pourvoyeurs de soins naturels de chaque région. Plus de 80% croient qu'un tel projet est vraiment nécessaire pour permettre aux personnes âgées qui le désirent de vivre dans leur demeure. Enfin, au cours de cette année d'essai, 75% et 84% des pourvoyeurs de Fredericton et de la Péninsule respectivement affirment que le Point d'entrée unique est une expérience positive ou très positive.

L'opinion des professionnels du Point d'entrée unique (Annexe D) - Dans l'ensemble, 55% des professionnels du Point d'entrée unique croient que l'approche mise à l'essai permet de répondre assez bien aux besoins des personnes âgées frêles désirant vivre dans leur demeure alors qu'un 27% additionnel croient que cette approche permet de très bien répondre aux besoins. Les 63% des répondants qui ont indiqué comment le Point d'entrée unique répondait à leurs attentes professionnelles ont souligné que tous les aspects de ce projet en font un projet valorisant au plan professionnel.

L'opinion de personnes représentant des hôpitaux, des foyers de soins ou des agences de service ayant participé à la mise à l'essai du Point d'entrée unique (Annexe E) - Les objectifs du Point d'entrée unique visant le maintien de l'autonomie de la personne âgée frêle, la conservation ou l'augmentation de la capacité de ces personnes à prendre soin d'elles-mêmes, la participation de ces personnes et de leurs pourvoyeurs de soins naturels aux

décisions les concernant, visant en somme à permettre à la personne âgée frêle de n'envisager l'entrée dans un foyer de soins (milieu institutionnel) qu'après avoir considéré toutes les possibilités offertes par son milieu communautaire, obtiennent un grand ou très grand accord de la part de plus de 70% des représentants ayant répondu au questionnaire. Quelques personnes mentionnent qu'il faut cependant veiller à laisser le choix aux personnes âgées, ne pas les contraindre, tenter de vraiment connaître leur idée. Elles mentionnent également qu'il faut voir à ce que les services offerts soient disponibles 24 heures par jour et 7 jours par semaine.

D'autre part, de tous les objectifs énoncés, celui de maintenir ou d'accroître la capacité du pourvoyeur de soins naturel obtient un grand ou très grand accord de la part de 66% des représentants des organismes ayant participé de près à la mise à l'essai du Point d'entrée unique. Quelques personnes mentionnent qu'il faut, ici aussi, veiller à bien connaître la volonté et le désir des personnes impliquées. Il faut bien tenir compte de leur capacité en tant que pourvoyeur de soins naturel. Cinq personnes indiquent que le projet pourrait ou devrait faire plus pour ces personnes.

L'opinion de personnes représentant des associations ou regroupements identifiés comme dépositaires d'enjeux en regard du Point d'entrée unique (Annexe F) - Les objectifs du Point d'entrée unique concernant le maintien de l'autonomie de la personne âgée frêle, la conservation ou l'augmentation de la capacité de ces personnes à prendre soin d'elles-mêmes, la participation de ces personnes et de leurs pourvoyeurs de soins naturels aux décisions les concernant, visant en somme à permettre à la personne âgée frêle de n'envisager l'entrée dans un foyer de soins (milieu institutionnel) qu'après avoir considéré toutes les possibilités offertes par son milieu communautaire, obtiennent un grand ou très grand accord de la part de plus de 82% des 12 dépositaires d'enjeux ayant répondu au questionnaire.

Quelques commentaires mettent en évidence que l'atteinte des objectifs du Point d'entrée unique est liée à la complète disponibilité des services proposés par le modèle de même qu'à une meilleure connaissance des besoins des pourvoyeurs de soins naturels et à un meilleur soutien de ces personnes clés du modèle.

En somme, les objectifs du Point d'entrée unique rencontrent un large accord de la part des personnes, organismes ou regroupements ayant fait connaître leur avis sur le sujet au cours de l'évaluation du projet pilote. Les principales réserves exprimées traitent de l'importance de laisser le choix aux personnes âgées et à leurs pourvoyeurs de soins naturels, de l'importance de mieux

connaître et de mieux soutenir les pourvoyeurs de soins naturels et enfin, de la très grande importance d'une large gamme de services accessibles en tout temps.

D. LES FORCES DU POINT D'ENTRÉE UNIQUE

L'opinion des personnes âgées frêles (Annexe C) - Les forces du Point d'entrée unique mentionnées par des personnes âgées sont diverses. Ainsi, pour elles, demeurer chez-soi (mentionné 7 fois), avoir de la compagnie (6 fois), être à nouveau capable de se déplacer par soi-même (4 fois), se sentir en sécurité (3 fois) sont des éléments jugés comme étant positifs.

L'opinion des pourvoyeurs de soins naturels (Annexe C) - Du point de vue des pourvoyeurs de soin, recevoir de l'aide (mentionné 22 fois), bénéficier d'un service de relève (6 fois), bénéficier d'équipements spéciaux (3 fois) sont des éléments jugés comme étant positifs. Une expérience positive relevée plusieurs fois (15) est celle d'un sentiment de sécurité et de paix de l'esprit suscité par le Point d'entrée unique. Cela veut dire par exemple avoir quelqu'un avec qui partager la responsabilité, avec qui parler des problèmes. Trois personnes disent apprécier le fait que le projet leur apporte un peu de liberté.

L'opinion des professionnels du Point d'entrée unique (Annexe D) - Bien que la question des forces du Point d'entrée unique n'ait pas été posée directement dans le questionnaire adressé aux professionnels, il faut rappeler ici que l'approche multidisciplinaire a été relevée par plusieurs comme un aspect intéressant du Point d'entrée unique. De même, le fait que le projet offre réellement à plusieurs personnes âgées frêles une alternative viable au foyer de soins a été souligné.

L'opinion de personnes représentant des hôpitaux, des foyers de soins ou des agences de service ayant participé à la mise à l'essai du Point d'entrée unique (Annexe E) - Plusieurs répondants indiquent que le Point d'entrée unique donne aux personnes âgées frêles qui le désirent la réelle possibilité de continuer à vivre dans leur demeure (14 mentions). Le grand nombre d'options et de services disponibles est relevé comme point fort du Point d'entrée unique (9 mentions). L'accès à une évaluation plus complète (8 mentions) et la meilleure coordination par le biais de l'équipe multidisciplinaire (7 mentions) sont également soulignés comme point fort du Point d'entrée unique. Enfin, quelques effets positifs du projet sont mentionnés: diminution du temps d'attente pour entrer dans un foyer de soins (3 mentions) et meilleure utilisation des ressources et des places disponibles dans les hôpitaux et les foyers de soins (3 mentions).

L'opinion de personnes représentant des associations ou regroupements identifiés comme dépositaires d'enjeux en regard du Point d'entrée unique (Annexe F) - Les forces du Point d'entrée unique relevées par les douze dépositaires d'enjeux ayant répondu au questionnaire se situent sur trois plans: l'autonomie des personnes âgées, la multidisciplinarité et l'esprit communautaire. Donner la possibilité aux personnes âgées de rester le plus longtemps possible dans leur milieu familial et social c'est préserver leur autonomie et leur valeur humaine personnelle. La multidisciplinarité qui permet une approche hollistique est un point fort du modèle, l'on perçoit une meilleure coordination et une meilleure évaluation ce qui a pour effet, entre autres, une meilleure utilisation des ressources financières et humaines dans la communauté, dans les foyers de soins et dans les hôpitaux. Une personne représentant ce groupe souligne que le Point d'entrée unique stimule l'esprit communautaire: tous et toutes s'efforcent d'offrir une gamme complète de services pour rencontrer les objectifs visés.

L'opinion des administrateurs du Point d'entrée unique (Annexe G) - Les opinions émises par ces personnes mettent l'emphase sur cinq des aspects positifs du Point d'entrée unique. L'on souligne d'abord que le modèle est une réelle alternative aux foyers de soins pour les personnes qui le désirent et que les interventions pour soutenir l'autonomie des personnes âgées frêles sont possibles. L'on mentionne ensuite que l'accès via le projet à plus de ressources financières est essentiel, cela apporte la latitude nécessaire pour établir un plan de services adéquat.

Une autre force du projet réside dans la prise en charge du cas, dans le fait qu'un dossier soit connu comme étant la responsabilité de l'un ou l'une des professionnels de l'équipe multidisciplinaire.

La multidisciplinarité est considérée comme un atout majeur du modèle: plusieurs décisions se prennent en équipe, les médecins impliqués apportent un support additionnel à leurs patients âgés, la consultation de spécialistes (ergothérapeutes, physiothérapeutes, spécialiste en santé mentale, etc.) est favorisée, les personnes âgées et leurs pourvoyeurs de soins naturels sont impliqués. La multidisciplinarité a aussi pour effet que chaque professionnel peut élargir son champ d'observation en intégrant peu à peu le champ de l'autre discipline. Ainsi, une observation faite lors d'une visite peut amener un professionnel à contacter son vis-à-vis pour lui faire un court rapport et peut-être suggérer une intervention. La multidisciplinarité a également pour effet de poser un défi nouveau aux professionnels impliqués en les mettant en situation de remise en question par des pairs.

Une autre force soulignée est celle apportée par l'instrument utilisé pour l'évaluation multidisciplinaire: cet instrument offre une terminologie commune facilitant la communication, cela est remarquable dans le domaine de la santé mentale particulièrement; l'instrument amène à prêter

attention à un large éventail d'éléments malgré le fait que l'on soit pressé par le temps, il amène à pousser l'analyse.

En résumé - Des points communs se dégagent des réponses obtenues à la question demandant de décrire deux des points forts du Point d'entrée unique. Dans l'ensemble, on s'entend pour dire que ce modèle parvient réellement à offrir aux personnes âgées frêles qui le désirent la possibilité de demeurer chez-elles plus longtemps que, dans certains cas, elles l'avaient prévu. Dans l'ensemble également, on considère l'approche multidisciplinaire comme un point central du modèle. On juge l'évaluation plus complète et de plus grande qualité qu'auparavant. L'étendue de la gamme de services offerts par le Point d'entrée unique est également retenue comme point fort du modèle même s'il reste des progrès à faire pour les rendre accessibles en tout temps, à toutes les personnes qui en ont besoin. Par ailleurs, quelques associations ou regroupements relèvent en plus une meilleure coordination dans l'offre des services et une meilleure utilisation des ressources au titre d'effets positifs.

E. LES AMÉLIORATIONS À APPORTER

La question des améliorations à apporter a été abordée dans les entrevues faites auprès des personnes âgées et des personnes qu'elles avaient désignées comme pourvoyeurs de soins naturels. Cette question a également été abordée dans les questionnaires adressés aux foyers de soins, aux agences de services et aux hôpitaux de même qu'aux dépositaires d'enjeux. L'ensemble des réponses obtenues dans ce cadre nous renseigne sur les perceptions qu'on a du Point d'entrée unique en tant que client ou en tant que partenaire social.

D'autre part, cette même question des améliorations à apporter a été posée directement aux administrateurs du Point d'entrée unique; elle ne l'a pas été directement dans le questionnaire adressé aux professionnels mais plusieurs indications d'amélioration souhaitée ressortent des commentaires qu'ils et elles ont formulés. Ce deuxième ensemble de réponses obtenues nous renseigne sur les perceptions qu'on a du Point d'entrée unique en tant que principaux agents de sa mise en oeuvre.

Parce qu'ils rendent compte de points de vue différents, ces deux ensembles de suggestions seront présentés ci-dessous, l'un après l'autre.

LES AMÉLIORATIONS SOUHAITÉES PAR LES CLIENTS ET LES PARTENAIRES SOCIAUX

L'opinion des personnes âgées frêles (Annexe C) - Les expériences négatives relevées concernent des difficultés précises rencontrées au cours de l'année. Quelques personnes âgées (8 mentions) ont éprouvé de la difficulté avec l'aide familiale, surtout les premières fois que celle-ci venait.

L'opinion des pourvoyeurs de soins naturels (Annexe C) - Les expériences négatives relevées concernent également des difficultés précises rencontrées au cours de l'année: démarches longues et difficiles (mentionné 3 fois), manque de support infirmier lors d'une crise (1 fois), manque de consultation lors d'un changement d'auxiliaire familiale (1 fois), départ de la personne assurant la relève avant l'arrivée du pourvoyeur (1 fois), absence sans avis (2 fois). Une personne s'inquiète de la permanence du projet; une autre déclare que les soins à donner prennent beaucoup de son temps; deux pourvoyeurs naturels se disent souvent inquiets. Trois personnes mentionnent le trop long délai encourru pour les remboursements de sommes payées pour divers services.

Chacun des éléments suivants a été mentionné une fois au titre d'amélioration possible: avoir accès à domicile aux services d'un psychologue; avoir accès à un programme d'exercice physique à domicile; améliorer le suivi des services; avoir accès à des services durant les fins de semaine. Une personne se demande pourquoi on ne paierait pas la personne qui consacre son temps à s'occuper d'une personne âgée de sa famille. Deux personnes s'inquiètent de l'impact du salaire très bas offert aux auxiliaires familiales, une autre mentionne l'importance des critères lors du recrutement et de l'embauche de ces auxiliaires.

L'opinion de personnes représentant des hôpitaux, des foyers de soins ou des agences de service ayant participé à la mise à l'essai du Point d'entrée unique (Annexe E) - Plusieurs suggestions ont été faites par ces représentants et ces représentantes pour l'amélioration du fonctionnement du Point d'entrée unique. Nous relevons ici les idées principales qui se dégagent des suggestions dans leur ensemble.

- **Le pourvoyeur de soins naturel:** Bien évaluer l'impact du Point d'entrée unique sur le pourvoyeur de soins naturel et agir en conséquence.

- **L'évaluation:** Assurer une meilleure évaluation de la santé mentale.

- **La gamme de services:** Faire en sorte que les services annoncés soient accessibles le jour, la nuit et les fins de semaine.

- **La situation de l'auxiliaire familiale:** Trouver des moyens d'améliorer la situation des auxiliaires familiales et par le fait même le service offert: bloc de 35 à 40 heures par semaine garanti, formation additionnelle, rémunération supplémentaire pour travail hors des heures régulières ou en fin de semaine.

- **Les ressources:** Prendre en considération l'impact du Point d'entrée unique sur les institutions et procéder aux ajustements requis au plan des ressources et de l'environnement.

- **Le temps:** Compléter l'évaluation et le processus administratif dans de meilleurs délais.

- **La communication:** Établir une méthode de communication uniforme spécialement avec les pourvoyeurs de services et bien établir la nuance entre informer, motiver et obliger: en définitive, les personnes devraient avoir le choix.

L'opinion de personnes représentant des associations ou regroupements identifiés comme dépositaires d'enjeux en regard du Point d'entrée unique (Annexe F) - Plusieurs suggestions ont été faites pour l'amélioration du fonctionnement du Point d'entrée unique par ce groupe de répondants. Nous relevons ici les idées principales qui se dégagent des suggestions dans leur ensemble.

- **Les clients:** S'assurer de respecter le choix des personnes âgées et de leurs pourvoyeurs de soins naturels.

- **L'évaluation:**
  - Renforcer la collaboration multidisciplinaire.
  - Augmenter la conscience des problèmes des personnes très âgées chez les évaluateurs et les évaluatrices.
  - Procéder par observation plutôt que par interrogation pour évaluer les capacités fonctionnelles des personnes âgées.
  - Confier à des spécialistes l'évaluation des capacités fonctionnelles.
  - Mettre en évidence dans le formulaire d'évaluation multidisciplinaire les indicateurs d'un besoin de référence pour évaluation spécialisée.

. Confier à des ergothérapeutes l'évaluation de la mobilité et des capacités dans le domaine des activités de vie quotidienne.

- **La gamme de services:**
  . S'assurer que dans chaque région la gamme complète des services soit disponible y inclus l'évaluation gériatrique et les centres de jours (day care).
  . Rendre accessibles dans toute la région les services existants.
  . Rendre les services accessibles en tout temps: 24 heures par jour, 7 jours par semaine.
  . Offrir un service de santé mentale à domicile.

- **Les ressources:** Aider (au plan financier notamment) les associations à établir et à coordonner des groupes d'entraide.

- **Le temps:** Rendre la démarche plus économe au point de vue temps à y consacrer.

- **La communication:**
  . Améliorer la communication entre l'équipe du Point d'entrée unique et le médecin traitant.
  . Impliquer le médecin de famille dans toute la démarche.
  . Développer un mécanisme, par exemple un formulaire, pour signaler le cas au médecin en mettant en évidence l'urgence et le but de la référence.
  . Impliquer davantage les agences de services dans le projet; les impliquer dès le début.
  . Informer les pourvoyeurs de soins formels ou informels des besoins particuliers reliés à certains états de santé, la maladie d'Alzeimer par exemple.

LES AMÉLIORATIONS SOUHAITÉES PAR LES AGENTS DE LA MISE EN OEUVRE DU POINT D'ENTRÉE UNIQUE

De nombreuses suggestions d'amélioration ont été faites par les professionnels et les administrateurs, principaux agents de la mise en oeuvre du Point d'entrée unique.

L'opinion des professionnels du Point d'entrée unique (Annexe D) - Le questionnaire adressé aux travailleuses et travailleurs sociaux et aux infirmières et infirmiers ne comportait pas de question concernant directement les points à améliorer dans le fonctionnement du Point d'entrée unique. Cependant, deux idées principales ressortent des commentaires formulés en réponse à diverses questions. Ces idées se gagnent l'appui d'un grand nombre des professionnels.

- **Le manque de temps**: Même après un an d'essai alors qu'on est familier avec les formulaires et les procédures, le manque de temps pour accomplir les tâches de façon satisfaisante demeure un problème.

- **Les différences d'horaire**: L'horaire de travail des professionnels des Services communautaires est différent de celui des professionnels de l'Hôpital extra-mural. Prendre contact avec l'autre membre de l'équipe multidisciplinaire ou fixer des temps de rencontre sont par conséquent des tâches difficiles à réaliser.

Notons qu'il est possible que les demandes d'informations supplémentaires à l'intérieur d'échéanciers serrés pour les fins d'évaluation du projet Point d'entrée unique aient pu avoir un effet sur le manque de temps rapporté ici. Il faudra poursuivre l'étude de temps (voir chapitre VII) pour avoir une meilleure idée de l'impact du modèle sur le volume de temps à consacrer à un client ou à une cliente.

L'opinion des administrateurs - Au cours des entrevues réalisées avec six personnes de la région de Fredericton et sept de la région de la Péninsule acadienne (coordonnateur du projet pilote ou responsables de la supervision dans les agences sociales et à l'Hôpital extra-mural) la question des améliorations a été abordée avec chacun et chacune.

Les améliorations souhaitées peuvent être regroupées autour de cinq thèmes: la structure, l'équipe multidisciplinaire, l'évaluation, le panel et les ressources.

- **La structure**: La question de structure se pose dans l'une et l'autre région. Selon la structure actuelle, le Point d'entrée unique ne peut être pris en charge par les seuls Services sociaux communautaires et à la famille, il doit compter sur l'implication de l'Hôpital extra-mural à toutes les étapes du processus. Après cette année de mise à l'essai, on peut conclure que le projet pilote a fonctionné malgré la structure, à cause de l'engagement inégalé que chacun et chacune avait pris. En effet, à cause de la structure adoptée les principaux membres de l'équipe multidisciplinaire font partie de deux organisations distinctes. Cela a causé une série de problèmes. Certains ont été résolus ou contournés, d'autres se sont avérés sans solution définitive. À titre d'exemples, voici quelques problèmes relevés par les administrateurs et administratrices du projet:

  - il y a plus d'un point d'entrée: on ne peut parler véritablement d'un point unique d'entrée - cela cause des problèmes de coordination et de communication, d'autant plus que le régistre informatisé n'est pas encore au point (RPSS);

- les principaux membres de l'équipe multidisciplinaire (travailleurs sociaux et travailleurs de la santé) ont leurs bureaux dans des édifices séparés et parfois même éloignés - cela occasionne des problèmes de communication que tous et toutes mentionnent (difficultés à se rejoindre au téléphone, à établir des rendez-vous et à s'échanger des documents, multiplication des déplacements, etc.) - cela occasionne aussi des problèmes de coordination et augmente le temps à consacrer à un dossier;

- il y a des différences dans la subdivision de la carte régionale - cela a pour effet qu'un travailleur social doive travailler avec plusieurs travailleurs de la santé, ce qui ajoute aux difficultés habituelles du travail d'équipe;

- il y a des différences au plan des horaires: d'une part un horaire de jour (8h/5jrs), d'autre part un horaire continu (24h/7jrs) - cela occasionne des difficultés de communication et de coordination (présentation de cas au panel, participation aux sessions de formation, etc.);

- il y a des différences d'exigences au plan légal en rapport avec la tenue des dossiers - la Loi des hôpitaux publics pose des exigences que le Point d'entrée unique devra éventuellement rencontrer.

Telle est la situation vécue au cours de cette année de mise à l'essai. Les personnes impliquées souhaitent des changements dans cet aspect du Point d'entrée unique.

- **L'équipe multidisciplinaire**: Outre les améliorations du fonctionnement de l'équipe multidisciplinaire, améliorations reliées à la solution des problèmes de communication indiqués ci-dessus, trois autres possibilités d'amélioration sont mentionnées par les administrateurs et administratrices On souhaite améliorer la communication avec les médecins et rendre les contacts plus faciles. On souhaite aussi recourir plus souvent à la possibilité d'élargir la composition de l'équipe en y incluant les ergothérapeutes, les physiothérapeutes et les inhalothérapeutes.

L'ensemble des administrateurs et administratrices considèrent qu'une formation commune est essentielle pour bâtir l'équipe multidisciplinaire. Au cours de la mise à l'essai, des sessions de formation ont été organisées à toutes les 4 ou 6 semaines. On souhaite poursuivre cette formation auprès d'une équipe multidisciplinaire élargie. On cherche des moyens de faire équipe avec les médecins pour examiner les attitudes à favoriser et les options à considérer lorsque qu'une personne âgée frêle désire continuer à vivre dans sa demeure.

- **L'évaluation**: Les avis sont partagés sur la question de savoir quels professionnels complètent telle ou telle partie du formulaire d'évaluation. Les décisions prises jusqu'à maintenant ne font pas l'unanimité. D'aucuns souhaitent une évaluation plus complète des dynamiques sociales et familiales. D'autres considèrent que les informations rassemblées à propos des "activités de la

qu'une personne non spécialiste peut recueillir ou bien, au contraire, que ces données devraient être recueillies par des ergothérapeutes parce que ce sont souvent des problèmes à propos desquels on peut intervenir. Dans l'ensemble, on cherche la meilleure solution.

D'autre part, on souhaite mieux s'outiller pour l'interprétation de l'ensemble des observations recueillies lors de l'évaluation. On attend un guide d'utilisation du formulaire où cet aspect de l'évaluation soit mis en valeur.

- **Le panel:** Après une année de mise à l'essai, l'on considère le panel comme un lieu où obtenir un supplément d'expertise permettant de bien examiner toutes les options, un lieu où établir des communications officielles avec les agences, les médecins, etc. et un lieu où l'on confirme les décisions. L'on souhaite maintenir un équilibre entre l'aspect santé et l'aspect social sur le panel. L'on souhaite également mettre en place des procédures facilitant à la fois la préparation aux rencontres et le déroulement de celles-ci.

- **Les ressources** - Le manque de personnel s'est fait sentir dès le début de la mise à l'essai du projet pilote. L'on souhaite que ce manque soit prévu et comblé avant la mise en place du Point d'entrée unique dans une autre région de la province. L'on souhaite également établir des procédures de travail avec les hôpitaux et les foyers de soins pour faciliter l'atteinte des objectifs du Point d'entrée unique. L'on souhaite de plus que des articles de la Loi des foyers de soins soient révisés notamment pour faciliter les demandes pour des places de relève temporaire. Dans l'ensemble, le volume des demandes de services a dépassé les capacités des agences de services. Par conséquent, l'on constate un grand besoin de développement de ces ressources.

RÉSUMÉ ET CONCLUSION

LA SATISFACTION DES CLIENTS ET DES CLIENTES

- La presque totalité des personnes âgées frêles et des pourvoyeurs de soins naturels rapportent une très grande satisfaction en regard des services reçus.
- Un très grand nombre de personnes disent que les services s'agencent bien avec leurs habitudes de vie.
- Un très grand nombre de personnes disent avoir mis peu ou très peu de leur temps pour obtenir des services et disent être heureuses d'avoir fait les démarches nécessaires.
- Un bon niveau de satisfaction en rapport avec l'évaluation multidisciplinaire a été perçu par un grand nombre de professionnels. Par ailleurs, peu de professionnels disent avoir perçu de l'inquiétude et très peu disent avoir perçu de l'agacement chez les clients et les clientes face à l'évaluation multidisciplinaire.
- Un très grand nombre de personnes âgées frêles ont affirmé que le Point d'entrée unique a été pour elles une expérience positive ou très positive.

LE POINT D'ENTRÉE UNIQUE VU PAR LES TRAVAILLEUSES ET TRAVAILLEURS SOCIAUX, INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS

La démarche et les procédures

- Aucun des professionnels ne dit rencontrer actuellement de difficulté très élevée dans l'une ou l'autre des trois étapes de l'évaluation multidisciplinaire.
- Pour un grand nombre de professionnels, la mise en place du plan présente une difficulté minime ou moyenne.
- Le suivi au plan de services se révèle être l'étape la plus difficile: manque de temps, obligation de répondre à d'autres priorités, etc.

L'identification des besoins par l'évaluation multidisciplinaire

- Plus de la moitié des professionnels éprouvent une grande et très grande satisfaction par rapport à la possibilité d'identifier les besoins réels de la personne âgée par le biais de l'évaluation multidisciplinaire.
- Une grande proportion des informations provenant de cette évaluation est jugée utile pour bien identifier les besoins de la personne âgée et préparer un plan de services vraiment adéquat.
- Selon la moitié des professionnels, les résultats de cette évaluation (nombre et qualité des informations obtenues, etc.) justifient assez bien et même tout à fait le temps et l'énergie consacrés à l'évaluation multidisciplinaire.

L'aspect éducatif de l'approche

- Près de la moitié des professionnels n'ont pu répondre aux questions concernant la proportion des personnes âgées et des pourvoyeurs de soins ayant appris de nouvelles façons de faire.
- Les réponses obtenues laissent supposer que les pourvoyeurs de soins ont appris de nouvelles façons de faire pour mieux remplir leur rôle dans une plus grande proportion que ne l'ont fait les personnes âgées en regard de leurs soins personnels.

L'approche multidisciplinaire

- À l'invitation d'indiquer un ou deux éléments qui les ont le plus intéressés ou aidés, 70% des professionnels ont mentionné l'approche multidisciplinaire.
- La majorité des professionnels (69%) ont eu l'impression de faire partie d'une équipe multidisciplinaire.
- Plus de la moitié d'entre eux jugent assez efficace le partage actuel des responsabilités.

Coordination et approche par gestion de cas

- À ce stade-ci du projet, chacun et chacune connaît mieux le travail de l'autre.
- Les professionnels considèrent l'évaluation d'un cas et la préparation du plan de services comme les principaux mécanismes de coordination.
- Les professionnels considèrent des tâches très diverses comme faisant partie de l'approche par gestion de cas.
- Du point de vue des professionnels, cette approche ne semble pas spécifique au Point d'entrée unique.

L'ACCORD SUR LES OBJECTIFS DU POINT D'ENTRÉE UNIQUE

L'opinion des personnes âgées frêles

- Plus de 90% des personnes âgées frêles interrogées sont assez et même tout à fait d'accord avec l'idée que le projet cherche à protéger l'autonomie de la personne âgée, à la rendre capable de mieux prendre soin d'elle-même.

- L'intention du projet de ne pas offrir de services que la personne âgée peut se donner elle-même est aussi bien ou très bien acceptée par 79% et plus des personnes âgées.

- Dans la région de Fredericton, 77% des personnes âgées frêles interrogées croient qu'un tel projet est vraiment nécessaire pour permettre aux personnes âgées qui le désirent de vivre dans leur demeure; dans la région de la Péninsule acadienne, 90% des personnes âgées interrogées sont de cette opinion.

- Il semble que le désir de demeurer chez-soi soit plus grand dans la région de la Péninsule acadienne que dans celle de Fredericton. Dans cette dernière, 68% des personnes âgées frêles interrogées (15 sur 22) ont dit désirer vivre encore longtemps dans leur demeure tandis que 85% l'on dit dans région de la Péninsule acadienne.

L'opinion des pourvoyeurs et pourvoyeuses de soins naturels

- Près de 80% des pourvoyeurs et pourvoyeuses de soins naturels interrogés sont assez et même tout à fait d'accord avec l'idée que le projet cherche à protéger l'autonomie de la personne âgée, à la rendre capable de mieux prendre soin d'elle-même.

- L'intention du projet de ne pas offrir de services que la personne âgée peut se donner elle-même est bien ou très bien acceptée par plus de 80% des personnes interrogées.

- Également, plus de 80% des pourvoyeurs et pourvoyeuses de soins naturels croient qu'un tel projet est vraiment nécessaire pour permettre aux personnes âgées qui le désirent de vivre dans leur demeure.

L'opinion des professionnels du Point d'entrée unique

- Un très grand nombre des professionnels du Point d'entrée unique croient que l'approche mise à l'essai permet de répondre assez bien et même très bien aux besoins des personnes âgées frêles désirant vivre dans leur demeure.

- Un grand nombre de professionnels ont indiqué que tous les aspects de ce projet en font un projet valorisant au plan professionnel.

L'opinion de personnes représentant des hôpitaux, des foyers de soins ou des agences de service ayant participé à la mise à l'essai du Point d'entrée unique

- L'ensemble des objectifs obtient un grand ou très grand accord de la part de plus de 70% des représentants ayant répondu au questionnaire.

- Quelques réserves: veiller à laisser le choix aux personnes âgées, ne pas les contraindre, tenter de vraiment connaître leur idée; voir à ce que les services offerts soient disponibles 24 heures par jour et 7 jours par semaine; bien tenir compte de la capacité des pourvoyeurs de soins naturel.

L'opinion de personnes représentant des associations ou regroupements identifiés comme dépositaires d'enjeux en regard du Point d'entrée unique

- L'ensemble des objectifs obtient un grand ou très grand accord de la part de plus de 82% des dépositaires d'enjeux ayant répondu au questionnaire.

- Quelques commentaires: l'atteinte des objectifs du Point d'entrée unique est liée à la complète disponibilité des services proposés par le modèle; nécessité d'une meilleure connaissance des besoins des pourvoyeurs de soins naturels et à d'un meilleur soutien de ces personnes clés du modèle.

Les objectifs du Point d'entrée unique rencontrent un large accord de la part des personnes, organismes ou regroupements ayant fait connaître leur avis sur le sujet au cours de l'évaluation du projet pilote. Les principales réserves exprimées traitent de l'importance ce laisser le choix aux personnes âgées et à leurs pourvoyeurs de soins naturels, de l'importance de mieux connaître et de mieux soutenir les pourvoyeurs de soins naturels et enfin, de la très grande importance d'une large gamme de services accessibles en tout temps.

LES FORCES DU POINT D'ENTRÉE UNIQUE

L'opinion des personnes âgées frêles

- Pour les personnes âgées frêles interrogées, demeurer chez-soi , établir des contacts avec d'autres personnes, être à nouveau capable de se déplacer par soi-même, se sentir en sécurité sont des éléments positifs apportés par le Point d'entrée unique.

L'opinion des pourvoyeurs et pourvoyeuses de soins naturels

- Du point de vue des pourvoyeurs de soin, recevoir de l'aide de bonne qualité, bénéficier d'un service de relève, bénéficier d'équipements spéciaux sont des éléments positifs apportés par le Point d'entrée unique.

- Une expérience positive relevée plusieurs fois est celle d'un sentiment de sécurité et de paix de l'esprit suscité par les changements apportés par le Point d'entrée unique: avoir quelqu'un avec qui partager la responsabilité, avec qui parler des problèmes.

L'opinion des professionnels du Point d'entrée unique

- L'approche multidisciplinaire a été relevée par plusieurs comme un aspect intéressant du Point d'entrée unique.

- Le fait que le projet pilote offre réellement à plusieurs personnes âgées frêles une alternative viable au foyer de soins a été plusieurs fois souligné.

L'opinion de personnes représentant des hôpitaux, des foyers de soins ou des agences de service ayant participé à la mise à l'essai du Point d'entrée unique

- Plusieurs répondants indiquent que le Point d'entrée unique donne aux personnes âgées frêles qui le désirent la réelle possibilité de continuer à vivre dans leur demeure.

- Le grand nombre d'options et de services disponibles est relevé comme point fort du Point d'entrée unique.

- L'accès à une évaluation plus complète.

- La meilleure coordination par le biais de l'équipe multidisciplinaire.

L'opinion de personnes représentant des associations ou regroupements identifiés comme dépositaires d'enjeux en regard du Point d'entrée unique

- Donner aux personnes âgées frêles, la possibilité de rester le plus longtemps possible dans leur milieu familial et social et ainsi préserver leur autonomie et leur valeur humaine personnelle.

- Au plan professionnel: la multidisciplinarité permettant une approche hollistique est un point fort du modèle.

- Une meilleure coordination et une meilleure évaluation ce qui a pour effet, entre autres, une meilleure utilisation des ressources financières et humaines dans la communauté, dans les foyers de soins et dans les hôpitaux.

L'opinion des administrateurs et des administratrices du Point d'entrée unique

- Le modèle est une réelle alternative aux foyers de soins pour les personnes qui le désirent.
- Les interventions pour soutenir l'autonomie des personnes âgées frêles sont possibles.
- L'accès via le projet à plus de ressources financières apporte la latitude nécessaire pour établir un plan de services adéquat.
- Une autre force du projet réside dans la prise en charge du cas, dans le fait qu'un dossier soit connu comme étant la responsabilité de l'un ou l'une des professionnels de l'équipe multidisciplinaire.
- La multidisciplinarité est considérée comme un atout majeur du modèle.
- L'instrument utilisé pour l'évaluation multidisciplinaire offre une terminologie facilitant la communication.
- L'instrument force à prêter attention à un large éventail d'éléments malgré le fait que l'on soit pressé par le temps, il amène à pousser l'analyse.

Des points communs se dégagent des réponses obtenues à la question demandant de décrire deux des points forts du Point d'entrée unique. Dans l'ensemble, on s'entend pour dire que:

. ce modèle parvient réellement à offrir aux personnes âgées frêles qui le désirent la possibilité de demeurer chez-elles plus longtemps que, dans certains cas, elles l'avaient prévu;
. l'approche multidisciplinaire est un point central du modèle;
. que l'évaluation est plus complète et de plus grande qualité qu'auparavant;
. que l'étendue de la gamme de services offerts par le Point d'entrée unique est également un point fort du modèle même s'il reste des progrès à faire pour les rendre accessibles en tout temps, à toutes les personnes qui en ont besoin;
. que le modèle permet une meilleure coordination dans l'offre des services et par suite une meilleure utilisation des ressources.

LES AMÉLIORATIONS À APPORTER

Les points de vue des diverses personnes qui ont traité de la question des améliorations se complètent. La synthèse suivante présente donc les améliorations regroupées autour de thèmes plutôt qu'en fonction de la source des commentaires. Les améliorations souhaitées se situent sur deux plans: celui de la structure et celui des opérations.

AU PLAN DE LA STRUCTURE

- La question de structure s'est posée dans l'une et l'autre région; le projet pilote a fonctionné en dépit de la structure actuelle, à cause de l'engagement inégalé que chacun et chacune avait pris.
- À cause de la structure adoptée après la mise en marche du projet, une série de problèmes sont apparus (voir pages 118 et 119); certains ont été résolus ou contournés, d'autres se sont avérés sans solution définitive.
- Les personnes impliquées souhaitent des changements dans cet aspect du Point d'entrée unique.

AU PLAN DES OPÉRATIONS

- Les améliorations souhaitées sur ce plan concernent d'une part la démarche du Point d'entrée unique et d'autre part des composantes essentielles à la mise en oeuvre du modèle: les ressources, les services et les communications.

L'évaluation - une étape de la démarche du Point d'entrée unique

- Renforcer la collaboration multidisciplinaire:
  - mettre en évidence dans le formulaire d'évaluation multidisciplinaire les indicateurs d'un besoin de référence pour évaluation spécialisée;
  - confier à des spécialistes l'évaluation des capacités fonctionnelles;
  - assurer une meilleure évaluation de la santé mentale.
- Mieux s'outiller pour interpréter l'ensemble des observations:
  - augmenter la conscience des problèmes des personnes très âgées chez les évaluateurs;
  - disposer d'un guide d'utilisation du formulaire où l'aspect interprétation sera mis en valeur.

Le panel - une étape de la démarche du Point d'entrée unique

- Maintenir un équilibre entre l'aspect santé et l'aspect social sur le panel;
- Mettre en place des procédures facilitant à la fois la préparation aux rencontres et le déroulement de celles-ci.

Les services - une composante de la mise en oeuvre

- Offrir un service de santé mentale à domicile;
- Rendre accessibles dans toute la région les services existants;
- Rendre les services accessibles en tout temps: 24 heures par jour, 7 jours par semaine;
- S'assurer que dans chaque région la gamme complète des services soit disponible y inclus l'évaluation gériatrique et les centres de jours;
- Trouver des moyens d'améliorer la situation des auxiliaires familiales et par le fait même le service offert.

Les ressources - une composante de la mise en oeuvre

- Accentuer le développement des ressources;
- Poursuivre la mise en place de procédures fonctionnelles avec les personnes, unités ou organismes impliqués;
- Procéder aux ajustements requis au plan des ressources humaines;
- Procéder aux ajustements requis au plan des ressources financières.
- Rendre la démarche plus économe au point de vue du temps à y consacrer.

La communication - une composante de la mise en oeuvre

- Maintenir la nuance entre informer, motiver et obliger: en définitive, les personnes âgées et les pourvoyeurs de soins du réseau naturel devraient avoir le choix;
- Accentuer la mise en place de liens de communication efficaces;
- Poursuivre la formation commune essentielle pour bâtir et maintenir l'équipe multidisciplinaire.

Les opinions émises sur les améliorations à apporter au Point d'entrée unique proviennent de réponses à des questions ouvertes. L'ensemble des suggestions ou des souhaits formulés révèle l'importance qu'on accorde à des valeurs telles le respect des personnes, la participation, la qualité professionnelle des interventions et l'efficacité de l'organisation.

Ce chapitre a relevé les opinions émises par six groupes de personnes ayant bénéficié du Point d'entrée unique ou ayant participé de près ou de loin à sa mise en oeuvre. Cette enquête d'opinions a permis d'examiner la satisfaction des clients et des clientes du Point d'entrée unique, le fonctionnement de certains aspects du modèle selon les professionnels, le degré et l'ampleur de l'accord des divers partenaires sur les objectifs du Point d'entrée unique, les forces de ce modèle de même que les améliorations souhaitées.

Tenant compte de ces opinions de même que des données présentées dans les chapitres précédents, les pages qui suivent présentent les conclusions en regard de l'atteinte des buts du Point d'entrée unique au cours de cette année de mise à l'essai de même qu'un ensemble de recommandations.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Le Point d'entrée unique est à la fois un modèle de livraison de services pour les clients et clientes ayant besoin de soins continus et une solution de remplacement au foyer de soins pour les personnes âgées frêles. Portant un regard global sur les informations recueillies pendant l'évaluation, on peut s'interroger, au terme de cette année d'essai, sur la possibilité réelle d'atteindre les objectifs du Point d'entrée unique, sur l'orientation des efforts à fournir et sur les conditions à mettre en place pour y arriver. C'est dans le cadre de ces interrogations que s'inscrivent les conclusions et les recommandations présentées dans les pages qui suivent.

Conclusions générales

Au-delà de l'objectif concernant la réduction du placement prématuré en institution, le modèle du Point d'entrée unique visait à maintenir l'autonomie des personnes âgées demeurant chez elles, tout en respectant leur droit de prendre leurs propres décisions lorsqu'elles font une demande de services. Il visait également à maintenir ou accroître la capacité des personnes âgées à s'administrer des soins de même qu'à maintenir ou accroître la capacité des pourvoyeurs de soins naturels à dispenser des soins aux personnes âgées frêles dont ils prennent charge.

Pour une année où l'on s'employait à préciser le modèle tout en le mettant à l'épreuve de la réalité du quotidien, nous pouvons considérer que ces objectifs visant la clientèle ont été atteints de façon très satisfaisante. Les résultats observés d'une région à l'autre en ce qui a trait aux opinions des personnes âgées frêles et des pourvoyeurs de soins de leur réseau naturel, nous amènent à supposer que les façons de procéder ont été différentes. La satisfaction, par contre, se retrouvent chez tous et toutes. Un très grand nombre de personnes âgées frêles ont affirmé que le Point d'entrée unique a été pour elles une expérience positive et même très positive.

L'on peut affirmer que, dans le cadre du projet pilote, le modèle du Point d'entrée unique a fait la preuve de sa capacité de maintenir à domicile des personnes âgées frêles ayant des problèmes sérieux ou graves dans plusieurs domaines. Sur une période de onze mois, un per diem moyen de 31$ a contribué au maintien à domicile de 117 personnes âgées frêles pour une durée moyenne de 8 ou 9 mois selon la cohorte; 91 de ces personnes résidaient toujours dans leur demeure à la fin de la période fixée pour l'évaluation. Les besoins de ces personnes sont variés et toutes les options de

services se sont révélées utiles pour répondre à ces besoins; le développement des services a été et est encore une activité soutenue dans les régions pilotes.

Les personnes âgées frêles nous ont dit que leur capacité à prendre soin d'elles-mêmes était différente d'une journée à l'autre. Dans ce cadre, l'atteinte de l'objectif visant le maintien ou l'accroissement de cette capacité est difficile à apprécier. Par ailleurs, ce même objectif, maintien ou accroissement de la capacité à prendre soin, vise aussi les pourvoyeurs de soins du réseau naturel.

L'étude des plans de développement de services pour l'année 1991 de chacune des régions pilotes nous apprend que les besoins en regard de cet objectif ont été définis au cours du projet pilote et que l'on prévoit y apporter des réponses au cours de la présente année.

Sur le plan organisationnel, le Point d'entrée unique visait d'abord à accroître et améliorer la coordination de la prestation des services communautaires nécessaires au maintien à domicile. Il visait à évaluer exactement les besoins à combler pour permettre aux personnes âgées de vivre dans leur milieu et à définir le type et la quantité de services requis pour rencontrer leurs besoins.

De nombreux indices nous font voir que les efforts consentis pour l'atteinte de ces objectifs ont été fructueux. Le plus révélateur est peut-être de savoir que les représentants et représentantes des foyers de soins, des agences de services et des hôpitaux ont indiqué que la meilleure coordination par le biais de l'équipe multidisciplinaire était une force du Point d'entrée unique. Parmi les facteurs qui ont contribué à cette réussite, mentionnons les rencontres multidisciplinaires de formation autour de thèmes directement reliés Point d'entrée unique. Mentionnons également le recours à un comité régional d'implantation regroupant des représentants et représentantes de tous les partenaires du Point d'entrée unique: foyers de soins, agences de services, hôpitaux, regroupements de personnes âgées, etc. Ce comité siège de façon régulière dans le objectif d'échanger de l'information, d'ajuster les services à la demande et de participer au développement de nouveaux services.

Par ailleurs, nous croyons que l'équipe multidisciplinaire, par le biais de l'instrument de mesure utilisé, parvient à évaluer de façon très satisfaisante les besoins à combler pour maintenir la personne âgée dans son milieu de vie. L'accès à une évaluation plus complète a d'ailleurs été relevé comme une force du modèle par les personnes représentant les foyers de soins, les agences de service et les hôpitaux. Le Formulaire d'évaluation pour soins continus amène les évaluateurs à

faire le tour complet de la situation. Il favorise une évaluation systématique des besoins et fournit une terminologie commune pour en discuter. La section concernant le plan de services identifie les types de services disponibles et suscite la considération de plusieurs options lors de la préparation du plan de services approprié aux besoins identifiés. Les profils tracés aux Chapitre II et III du présent rapport, profil général et profil des besoins, proviennent d'informations inscrites par les travailleurs dans ce formulaire et peuvent servir de témoin du fait que l'évaluation multidisciplinaire est une évaluation qui permet de déterminer avec plus de précision les besoins à combler.

Au plan organisationnel, le Point d'entrée unique visait aussi à faire preuve d'imputabilité et de responsabilité financière dans le cadre du projet. La supervision de plusieurs des éléments montrant l'atteinte de cet objectif a été prise en charge par la gestion interne du Ministère. Ainsi, nous savons que deux vérifications cliniques ont été effectuées dans chaque région pilote au cours de la période de mise à l'essai. Par ailleurs, une étude des coûts apparaît au Chapitre VII du présent rapport. Elle permet entre autres de constater que les limites de dépenses imposées pour les services de soutien communautaire ont été respectées.

Au plan organisationnel, le Point d'entrée unique visait enfin à diminuer le nombre de clients inscrits sur les listes d'attente des foyers de soins. Nous croyons que le projet pilote a atteint cet objectif de façon incontestable. La réduction de la liste d'attente est survenue dès novembre 1989 à la suite de l'évaluation des dossiers existant sur la liste d'attente au début du projet et de l'offre de services enrichis à près d'une personne sur quatre de la liste de chaque région pilote. De la fin janvier à la fin septembre 1990, le nombre de noms figurant à chaque mois sur la liste d'attente pour foyers de soins a été en moyenne 6 fois plus bas que durant la même période l'année précédente dans la région de Fredericton et en moyenne 4 fois plus bas que pour la même période l'année précédente dans la Péninsule acadienne. De plus, cette réduction de la liste d'attente aurait pu être encore plus grande et résulter en un certain nombre de jours-lits vacants, si aucun lit n'avait été comblé par des personnes venant d'autres régions de la province: de telles admissions ont compté pour 26,3% de celles de la région de Fredericton et pour 10,5% de celles de la Péninsule acadienne.

Le bilan du projet pilote en rapport avec l'atteinte des objectifs du modèle du Point d'entrée unique est très positif. La liste des améliorations dont il était question au chapitre précédent laisse supposer qu'il serait possible de mieux rencontrer les objectifs fixés. Cependant, prenant appui sur l'ensemble des informations et opinions présentées dans les pages précédentes, nous devons constater que le modèle du Point d'entrée unique peut effectivement rencontrer les objectifs qu'on lui avait assignés. À notre avis, le projet pilote a en fait la preuve.

Recommandations

Les recommandations présentées ci-dessous constituent en quelque sorte une lecture faite dans le but de faire l'analyse de la cohérence interne du modèle pour lequel on avait défini un ensemble de principes et d'objectifs et pour lequel existe une philosophie de base. Les recommandations formulées prennent appui également sur des observations qu'il nous a été possible de faire au cours de l'évaluation du projet pilote. Enfin, elles prennent source dans notre expertise dans le domaine de la mesure et de l'évaluation de même que dans notre compréhension actuelle des enjeux du Point d'entrée unique.

La structure - Le Point d'entrée unique est actuellement mis en oeuvre par des unités organisationnelles relevant de deux organismes ou divisions distinctes: les Services à la famille et services sociaux communautaires et l'Hôpital extra-mural. L'atteinte des objectifs du projet pilote a été le fruit d'une très grande collaboration entre ces unités de même qu'entre les professionnels qui en font partie.

Les objectifs du Point d'entrée unique de même que son modèle d'application font largement consensus chez les personnes ayant participé à l'enquête d'opinion. Pour notre part, nous voyons des avantages certains à ce que deux organisations ou divisions conjuguent leur expertise et dirigent les efforts contribuant à l'atteinte des objectifs visés. La structure actuelle exige en effet la participation volontaire, pleine et entière de chaque organisme ou division plutôt qu'une participation sur invitation seulement.

Les problèmes que l'évaluation du projet pilote a contribué à identifier se situent au plan du travail de chaque jour des professionnels de l'équipe multidisciplinaire qui mettent en oeuvre le Point d'entrée unique. Cela multiplie l'importance des problèmes et signale la nécessité d'un changement. Ces problèmes ont été contournés pendant la durée d'un projet pilote auquel était intégrée une évaluation, mais rien ne nous indique qu'à long terme il en serait de même.

> Exemples de problèmes relevés: les principaux membres de l'équipe multidisciplinaire (travailleurs sociaux et travailleurs de la santé) ont leurs bureaux dans des édifices séparés et parfois même éloignés; il y a des différences au plan des horaires: horaire de jour vs horaire continu - cela occasionne des difficultés de communication et donc de coordination; il y a des différences dans la subdivision de la carte régionale - cela a pour effet qu'un travailleur social doive faire équipe avec plusieurs travailleurs de la santé; il y a des différences d'exigences au plan légal en rapport avec la tenue des dossiers - la Loi des hôpitaux publics pose des exigences que le Point d'entrée unique devra éventuellement rencontrer.

La solution à certains de ces problèmes opérationnels pourrait ne pas être la même d'une région à l'autre afin de tenir compte des différents contextes.

Première recommandation: si la double structure est maintenue, rendre **compatibles** les contextes de travail des principaux membres de l'équipe multidisciplinaire, travailleurs sociaux et travailleurs de la santé.

L'évaluation multidisciplinaire - L'évaluation multidisciplinaire a souvent été mentionnée comme une force du modèle Point d'entrée unique. L'information disponible à la fin de l'évaluation de même que l'expertise rendue disponible par la multidisciplinarité justifie le temps et l'énergie qu'on y consacre.

Le pourvoyeur de soins du réseau naturel est une personne clé dans le modèle du Point d'entrée unique. Au cours de l'évaluation du projet pilote, nous avons constaté que pour la partie de l'évaluation multidisciplinaire portant sur la capacité du pourvoyeur de soins du réseau naturel à dispenser des soins et sur les soins dont il prend charge, l'évaluateur et l'évaluatrice relèvent les seules informations qu'il ou elle juge pertinentes et inscrivent ou non leur appréciation de la situation. Si l'instrument d'évaluation multidisciplinaire uniformisait la cueillette de données par rapport au pourvoyeur de soins du réseau naturel, il pourrait servir à obtenir une information structurée susceptible d'être utilisée pour mieux connaître cette personne clé, ses besoins ainsi que le rôle qu'elle joue auprès de la personne âgée frêle. Par la suite, le développement de services s'adressant aux pourvoyeurs de soins pourrait être plus facilement orienté en fonction de leurs besoins propres.

Deuxième recommandation: après avoir effectué la recherche nécessaire, établir **une liste de points à relever** au moment de l'évaluation multidisciplinaire à propos du pourvoyeur de soins du réseau naturel et développer **une échelle d'appréciation** permettant à l'évaluateur ou à l'évaluatrice de formuler son jugement.

L'instrument d'évaluation développé pour le projet pilote est maintenant plus familier pour ses principaux utilisateurs lesquels souhaitent disposer d'un guide d'interprétation des résultats. Nous croyons aussi qu'un tel guide serait utile pour analyser l'ensemble des informations recueillies, comprendre la situation et préparer des recommandations. Il mettrait à la disposition de tous et toutes, l'expertise de personnes d'expérience qui pourraient être invitées à préparer le guide.

> **Troisième recommandation**: après avoir effectué la recherche nécessaire, préparer **un guide d'interprétation** des informations recueillies à partir du Formulaire d'évaluation pour soins continus du Nouveau-Brunswick et le mettre à la disposition des utilisateurs et utilisatrices de cet instrument d'évaluation.

L'accessibilité des services - La mise à l'essai du Point d'entrée unique cherchait à savoir quelle gamme de services était adéquate pour offrir une réelle solution de rechange au placement dans une institution. L'analyse du développement de la situation dans l'une et l'autre des régions pilotes nous amène à conclure qu'un grand nombre de services doivent être créés avant la mise en place du Point d'entrée unique dans une région s'ils ne sont pas accessibles au départ. De plus, quelques-uns des services doivent être accessibles en tout temps, soit 24 heures par jour, soit 7 jours par semaine, soit les deux. Le service d'auxiliaire familiale est de cette dernière catégorie; la relève d'urgence l'est également.

Notre analyse des tâches assumées par l'auxiliaire familiale indique que dans la plupart des cas (83%), les soins personnels font partie de ses tâches. L'on sait par ailleurs que certaines personnes âgées frêles ont besoin d'aide constante dans ce domaine: se lever, se coucher, s'asseoir, faire sa toilette, prendre son bain. D'autres encore ont besoin de surveillance constante, jour et nuit. La charge peut être trop lourde pour un réseau naturel de soutien si celui-ci ne peut obtenir d'aide en tout temps.

> **Quatrième recommandation**: rendre **accessibles en tout temps**, 24 heures par jour et 7 jours par semaine, les services pour lesquels une telle demande existe, notamment le service d'auxiliaire familiale et le service de relève d'urgence.

Mise en oeuvre dans d'autres régions de la province - En dernière analyse, plusieurs facteurs permettent de conclure que le Point d'entrée unique est un modèle approprié au contexte du Nouveau-Brunswick:

- Le Point d'entrée unique est un modèle d'offre de soins de longue durée qui a été développé pour répondre aux besoins identifiés lors de l'étude approfondie de la situation des soins de longue durée au Nouveau-Brunswick, étude menée en 1987.

- Les résultats du projet pilote montrent que le modèle développé permet d'atteindre les objectifs visés par le Point d'entrée unique tant au plan des clients et des clientes qu'au plan organisationnel.

- Le modèle Point d'entrée unique mis à l'essai a permis à des personnes âgées frêles présentant des problèmes sérieux ou graves de rester dans leur demeure pour un per diem moyen de 31$, coût relativement bas si on le compare au taux institutionnel.

- Les objectifs du Point d'entrée unique rencontrent un large accord tant chez les clients et les clientes que chez les pourvoyeurs de soins du réseau naturel, les foyers de soins, les agences de services, les hôpitaux, ainsi que les associations et regroupements qui ont donné leur avis dans le cadre de l'évaluation du projet pilote.

- Le Point d'entrée unique est une stratégie qui s'inscrit dans la perspective de "Santé 2000", stratégie globale en matière de santé annoncée par le Gouvernement du Nouveau-Brunswick.

Si l'on décidait d'étendre l'application du Point d'entrée unique à d'autres régions de la province, les informations rassemblées au cours du projet pilote et celles résultant de l'évaluation de ce même projet se révéleront utiles.

ANNEXES

ANNEXE A

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

Conception

- Modèle pour le projet "Point d'entrée unique" - Mars 1990.

Comptes rendus de rencontres du Comité aviseur provincial

- Recording of Proceedings - July 12, 1989. Attachment 1 - Goals identified by Individual Advisory Committee Members and Cross-Referenced on the Basis of Meaning/Intent. Supplément 2 - Point d'Entrée Unique - Objectifs.
- Recording of Proceedings - August 15, 1989.
- Recording of Proceedings - August 30, 1989.
- Recording of Proceedings - September 25, 1989.
- Recording of Proceedings - November 8, 1989. Appendix - Flaw of intake and assessment process
- Recording of Proceedings - January 31, 1990.

Comptes rendus de rencontres du Comité provincial de conception

- Recording of Proceedings - July 13, 1989. Attachment 1 - Goals identified by Individual Advisory Committee Members and Cross-Referenced on theBasis of Meaning/Intent. Supplément 2 - Point d'Entrée Unique - Objectifs. Attachment 3 - Report from each task group.
- Summary of discussions - July 31, 1989. Annexe - Conception du projet
- Recording of Proceedings - September, 1989. Annexe A - Conception du projet. Décisions du comité aviseur et du ministère. Septembre 1989.

Documents préparés par le Comité provincial de conception

- Point d'entrée unique: projets pilotes - Document 1 - Plan collectif. Ébauche: le 2 juillet 1989.
- Objectifs. Ébauche: le 25 juillet 1989.
- Gammes de service. Août 1989.
- Premier rapport: Comité de travail sur l'accueil, l'évaluation et l'intervention en situation de crise. Le 13 août 1989. - Addendum. August 23, 1989.
- Rapport du comité de travail sur le soutien aux dispensateurs de soins. Le 23 août 1989.
- Premier rapport: Sous-comité sur le ciblage. Le 25 août 1989.
- Recommandations du sous-comité sur la gestion des cas. Le 28 août 1989. Addendum - Structure pour gérance de cas. Août 1989.
- Liaisons fonctionnelles dans le cadre d'un système à point d'entrée unique. Le 13 septembre, 1989.

Lettres et notes de service

- Inter-Office Memo. Aline Saintonge. October 16, 1989.
- Inter-Office Memo. Aline Saintonge. October 18, 1989.
- Inter-Office Memo. Aline Saintonge. November 27, 1989.
- Participants - réunions régionales du projet point d'entrée unique. Le 2 mars 1990.
- Lettre aux membres du comité de conception du point d'entrée unique. Aline Saintonge. Le 6 mars 1990.

Documents additionnels

- Vers un continuum de soins de longue durée. Proposition. Ministère de la Santé et de Services Communautaires. Juillet 1988.
- Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social du Canada. Directives pour l'établissement de normes régissant l'évaluation et le placement dans le cadre des soins prolongés: Un modèle à accès unique. 1988.
- Address to the New Brunswick Association of Nursing Homes. Gérard Doucet. May 24, 1990.
- Rapport de la Commission sur certains programmes de soins de santé. McElvey-Lévesque. Juillet 1989.
- Recording of Proceedings from the Public Hearings. August 1989.
- Department of Health and Community Services - Briefing Note. August 2, 1989.
- Projet de démonstration du point d'entrée unique: description. Janvier 1990.

Évaluation: rapport d'étape

- Rapport d'évaluation du projet pilote Point d'entrée unique. Rita-Éva Lapointe, le 27 août 1990.

ANNEXE B

RECUEIL DE TEXTES

Liste des documents

#1 Conception du projet. Décisions du comité aviseur et du ministère. Septembre 1989.

#2 Recording of proceedings of the Design Committee.September 1989.

#3 Premier rapport: sous-comité sur le ciblage. Comité provincial de conception. Le 25 août 1989.

#4 Recommandations du sous-comité sur la gestion des cas. Comité provincialde conception. Le 28 août 1989

#5 Premier rapport: Comité de travail sur l'accueil, l'évaluation et l'intervention en situation de crise. Comité provincial de conception. Le 13 août 1989.

#6 Addendum. Subcommittee on Intake, Assessment and Crisis Intervention. Provincial Design Committee. August 23, 1989.

#7 Gammes de service. Groupe de travail du comité de planification sur les gammes de service. Comité provincial de conception. Août 1989.

#8 Rapport du comité de travail sur le soutien aux pourvoyeurs de soins. Comité provincial de conception. Le 23 août 1989.

#9 Liaisons fonctionnelles dans le cadre d'un système à point d'entrée unique. Comité provincial de conception. Le 13 septembre 1989.

#1 CONCEPTION DU PROJET
DÉCISIONS DU COMITÉ AVISEUR ET DU MINISTERE. SEPTEMBRE 1989.

CIBLAGE DE LA POPULATION

Les critères d'admissibilité pour la composante "Accès et évaluation" du projet pilote ont été acceptés tel que proposé dans le document du comité de travail, avec l'attente que le critère de résidence soit défini.

Les critères d'admissibilité pour les services enrichis seront présentés pour approbation lorsqu'ils seront plus spécifiquement définis selon les résultats du prétest.

EVALUATION DU CLIENT

1. L'équipe multidisciplinaire composée du travailleur social et de l'infirmière constitue l'élément de base du processus d'accueil et d'évaluation.

2. Les fonctions du processus d'évaluation sont:
   - la collection de données
   - la définition des problèmes
   - l'identification des besoins de service
   - l'identification de problèmes cliniques, sociaux et psychologiques remédiables
   - l'identification des systèmes de soutien personnel/familial/communautaire.

3. Processus d'évaluation [Voir modèle ci-joint]
   Le modèle proposé a été approuvé avec les modifications suivantes:
   - Puisque la Loi ne requiert pas que les individus voulant être admis à un foyer de soins spéciaux soient évalués par le Ministère, la procédure suivante s'appliquera:
     - la personne âgée se présentant à la Porte d'entrée pour évaluation pour admission à un foyer de soins spéciaux sera informé des services d'évaluation complets offert par le Projet ainsi que des possibilités d'explorer d'autres options, tels que services de soutiens communautaires;
     - la personne âgée pourra par la suite choisir le processus complet d'évaluation [jusqu'au Panel] ou, si elle est déjà décidée d'entrer en Foyer de soins spéciaux, elle pourra opter pour l'évaluation multidisciplinaire seulement.
   - Il est important d'aborder à l'Accueil la question du problème qui incite la personne âgée à s'adresser à la porte d'entrée unique. Ceci permettra de prioriser les évaluations et de diriger la demande à l'évaluateur le plus approprié [infirmière ou travailleur] pour débuter l'évaluation.
   - L'approbation du client sera nécessaire pour les évaluations spécialisées.
   - La proposition à l'effet que la dispensation de services peut être interrompue si le formulaire médical demandé n'est pas fourni a été refusée. Le rapport médical peut être demandé mais la provision de services ne dépendra pas de sa disponibilité

4. Instrument d'évaluation
   - L'instrument de l'Alberta [AAPI] a été accepté [avec modifications à venir]
   - Le formulaire médical du Manitoba devra être étudié plus longuement avant d'être adopté car il semble être semblable au formulaire utilisé actuellement. Un changement n'est peut-être donc pas justifié.
   - Les instruments d'évaluation additionnels identifiés peuvent être utilisés lorsqu'indiqué.
   - L'instrument d'évaluation semble être très compréhensif et détaillé, spécialement pour des clients qui n'ont, par exemple, qu'une déficience au niveau des activités de la vie quotidienne. Le Comité consultatif estime que certaines personnes âgées ne voudront pas se soumettre à un examen aussi détaillé. Il propose donc que les évaluateurs exercent leur jugement professionnel en appliquant le questionnaire.

5. Panel
   - Le Panel sera composé de trois membres: une infirmière communautaire d'expérience, un travailleur social d'expérience, et un médecin avec formation en gériatrie si possible. Des suppléants seront prévus afin d'assurer la présence de trois membres aux séances du Panel.
   - Il est nécessaire de définir les critères et les procédures qui guideront l'activité du Panel afin d'assurer l'objectivité et l'uniformité des décisions / recommandations.

- Droit de décision: le directeur régionale des Services sociaux et à la famille peut donner au Panel un pouvoir de décision pour les plans de services variant de 50% a 100% du coût maximum établi. Le degré de pouvoir décisionnel délégué à cet effet au Coordonnateur régional du projet [qui préside le Panel] sera une décision régionale. L'approbation du directeur régional peut donc être exigée.
- Les décisions du Panel seront unanimes ou 2:3. Le consensus est désirable.
- Les procédures devront permettre la présence du client/pourvoyeur de soins principal au Panel si désiré et souhaitable.
- Le Coordinateur régional du projet pilote siégera sur le Panel à titre de professionnel [travailleur social ou infirmière] et présidera.
- Les décisions seront dûment documentées.

6. Participation financière des clients
   - La proposition que les clients ne paient aucune cotisation a été rejetée puisqu'elle créerait un double standard dans notre système [le programme SCPSA a une politique de frais de participation.
   - La politique des frais de participation des SCPA sera utilisée.

7. Maximum établi pour les plans de services communautaires [services enrichis pour clients à risque élevé d'institutionnalisation]
   - Coût maximum sera établi à 70% du coût incombant à la province pour foyers de soins, c.a.d. $1470.00 par mois [excluant la contribution financière du client]
   - Coût moyen maximum sera établi par les régions afin de respecter les limites budgétaires.

8. L'application pratique du modèle multidisciplinaire décrite en annexe: ajouter l'indicateur "changement dans la situation clinique"

9. Entraînement des évaluateurs
   La proposition d'envoyer les individus-clés sur site en Alberta a été refutée dû au facteur coût. L'on suggère que l'on explore la possibilité d'inviter un entraîneur de l'Alberta pour participer à l'entraînement au N.-B.. La possibilité d'obtenir un entraîneur bilingue sera aussi explorée.

10. Correction apportée par le Directeur régional de Fredericton au sujet des données indiquées en page 2 du document:
    - onze travailleurs sociaux sont disponibles pour les évaluations dans la région de Fredericton;
    - ces travailleurs sont aussi responsables pour l'évaluation et la gestion de cas pour d'autres groupes-cibles. Le personnel disponible pour services aux personnes âgées équivaut à environ 5-6 personnes-années.

GESTION DE CAS

1. Limites de temps pour accomplissement des activités
   - L'examen du dossier par le Panel doit être effectué à l'intérieur de cinq jours ouvrables.
   - La période de temps estimée avant qu'un candidat puisse être inscrit sur une liste d'attente pour Foyer de soins, soit 8 semaines, est trop longue. Le processus d'évaluation actuel nécessite environ une semaine.
   - Les limites de temps suggérées indiquent une période de temps maximale. L'intention est de réaliser le processus dans une période de temps plus limitée.
   - La décision du Comité consultatif: mettre en oeuvre, contrôler et apporter des ajustements en cours de route.

2. Suivi et contrôle ["monitoring"]
   - Les normes de suivi et de contrôle suggérées pour le groupe-cible à risque d'institutionnalisation furent acceptées, moyennant les conditions suivantes:
   - explorer les possibilités d'utiliser certains pourvoyeurs de service pour des activités de contrôle;
   - mettre à l'essai la cédule telle que présentée en intégrant des fonctions de contrôle accomplies par des pourvoyeurs de service.

3. Responsabilité financière et processus d'approbation du budget
   - Terminologie: utiliser le terme "Coordonnateur de projet"
   - Proposition acceptée moyennant les clarifications suivantes:
   - Les plans de service nécessitant de 50% à 100% du coût maximum établi peuvent être approuvés par le Coordonnateur du projet [qui préside le Panel] par le Directeur régional, selon le modèle de délégation régional.
   - Les plans de service excédant le coût maximum établi ne devraient pas exister car le coût maximum est un critère d'admissibilité. Toutefois, si ces situations se présentent, d'autres options seront examinées et la décision finale relèvera du Directeur régional en consultation avec le Directeur exécutif.

GAMME DE SERVICES

1. Liste des services
   La liste de services identifiés est approuvée avec les modifications suivantes:
   - les services de réhabilitation [physiothérapie et ergothérapie] doivent être identifiés séparément
   - le service d'Accueil de jour ne relève pas des Foyers de soins mais bien du programme des Services communautaires aux personnes âgées qui établit des accords contractuels avec des pourvoyeurs de service [tels les foyers de soins, les agences communautaires, les VON, etc.] pour la livraison de ce service.
   - les services d'évaluation gériatrique peuvent être offerts par l'hôpital de jour, l'hôpital Extra-Mural, etc. et ne requièrent pas nécessairement l'établissement d'unités dans les hôpitaux.

2. Services essentiels
   La proposition de loger la responsabilité de la détermination des services essentiels et de la priorisation du développement des services au niveau régional a été acceptée.

3. L'évaluation du projet
   L'évaluation du projet devrait adresser:
   a] l'évaluation des besoins [besoins des clients] pour la vie communautaire
   b] l'évaluation des lacunes en terme de services

4. Élargissement du rôle de l'auxiliaire familiale
   Des inquiétudes furent exprimées vis-à-vis cette possibilité. Les implications d'un rôle plus important pour les auxiliaires familiales [et autres paraprofessionnels] et l'élargissement possible du rôle à l'intérieur du projet du Point unique d'entrée devra être l'objet d'un exercice particulier.

5. Terminologie
   "service de soins infirmiers" au lieu de "procédures de soins infirmiers"

SOUTIEN POUR POURVOYEUR DE SOINS

1. L'évaluation du profil et des besoins du pourvoyeur de soins est acceptée

2. Il faudrait explorer les systèmes existants de service après-heures:
   - la ligne téléphonique des Services communautaires
   - la ligne téléphonique de l'Extra-Mural
   - les "Life-lines"

3. Accès accru au Service d'auxiliaire familiale
   - En termes d'accès à un nombre accru d'heures d'auxiliaire familiale: ceci est possible à l'intérieur des limites du budget et des autres options de service disponibles
   - En termes d'accès à tous les genres de services d'auxiliaires disponibles: ceci est possible si l'agence rencontre les critères du gouvernement fédéral pour remboursement de fonds.

4. Programmes d'éducation des pourvoyeurs de soins
   Devraient inclure des notions pratiques pour améliorer la qualité de vie des aînés et de leurs pourvoyeurs de soins. Exemples: soin de la peau, aides et appareils, etc.

LIENS, DEVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE

- Nécessité de liens formels au niveaux régional, ministériel et gouvernemental est reconnue. Afin d'éviter le dédoublement et créer un plus grand nombre de comités, l'on suggère:
  - la structure du Point unique d'entrée [comité consultatif de mise en oeuvre, comité de conception, comité consultatif provincial] sera utilisée pour établir les liens nécessaires entre les agences représentées
  - les comités de Services aux personnes âgées [ministériel et interministériel] sous l'égide du Bureau des personnes âgées sera aussi utilisé à cette fin
- La proposition d'établir un processus de communication entre les régions pilotes est acceptée. La coordonnatrice provinciale devra faciliter cette activité.
- La nécessité du projet d'établir différents types de liens au niveau régional avec les pourvoyeurs de services est reconnue.

#2 RECORDING OF PROCEEDINGS OF THE DESIGN COMMITTEE-SEPTEMBER 1989

Chairperson: Aline Saintonge

Present:	Eric Gionet	Harry Bolan
	Ginette Beaulieu	Mildred Cook
	Carmen Godin	Yvon Thériault
	Rita Eva Lapointe	Dr. Murray Nixon
	Warren Davidson	Patricia MacNeil
	Lorraine Bourque	Claire Hine
Regrets:	Ed Pomeroy	Albini Leger
	Bernard Richard	

1. ISSUES IDENTIFIED AT AUGUST 23/89 MEETING AND UPDATE

- ACCESS TO NURSING HOMES BY DISABLED
  - Fredericton region has 4 disabled adults on the waiting list and the Acadian Peninsula has 6
  - Disabled adults requesting nursing home placement to be assessed with the SEP process
  - Placement of disabled adults in nursing homes not recommended - only when no other alternative
- LINKAGES WITH EMH
  - Discussions have been held with EMH. The following was agreed upon:
    - once assessment is completed by team, a referral will be made to EMH for hands-on nursing care.
    - EMH will keep family physician informed
    - EMH in agreement to use SEP assessment tool
    - operational linkages to be clarified

- LINKAGES WITH PUBLIC HEALTH
  - Clarification of PH role and linkages with EMH to be discussed with Departmental and EMH management
- RESOURCING
  - Resource needs for assessment, case management, and resource development presented to Advisory Committee. Advisory priorized the Assessment and Case Management functions for additional resources. Departmental management apprised of resource needs. Division now looking at alternatives.
- NURSING HOME CONCERNS RE IMPACT ON LEVEL OF CARE IN NURSING HOMES
  - Concerns communicated to Advisory and Department. Indication of willingness to address the issue when impact is demonstrated.

2. RESULTS OF ADVISORY COMMITTEE MEETING - AUGUST 23/89 - AND OF PRESENTATION TO DEPUTY MINISTER

- The following task group proposals were presented to the Advisory Committee:
  - Assessment
  - Case Management
  - Service Options
  - Support to Caregivers
  - Linkages
- A general presentation was made to the Deputy Minister and Departmental Management
- Appendix A reflects the decisions made at these meetings
- Comments/concerns/clarifications of Design Committee members
  - Doctor's approval not required in order to have EMH care. EMH informs doctor of proceedings.
  - Involvement of Medical Society in order for family physicians to obtain training in geriatrics would be recommended
  - Time frames identified in Case Management Task Group proposal may need to be revisited/revised after implementation
  - Acadian Peninsula does not wish to use the term "regional coordinator" because the individual has a supervisory role as well.

3. PROPOSAL OF TARGETING TASK GROUP

The following criteria was proposed, based on the results of the pretest:

Demographic/Cost

a. Must be 65 yrs. of age
b. Must live within designated demonstration areas, home, nursing home, hospital, special care home
c. Maximum cost for service plan to be established [$1470.00 per month to be ratified by Department]

Functional

a. Moderate risk in the ADL, or 2 moderate limitations in ADL

or

b. High risk in th IADL, or 3 high limitations in IADL

OR

c. Moderate risk in cognitive functioning

AND

d. 2 unmet needs in ADL, or IADL or fragile informal support system

Commitment

a. Must be willing to participate in the project
b. Must have primary caregiver willing to participate in the project

Concerns were voiced by members of the Design committee re the criterion related to the need to have a caregiver willing to participate in the project, as this would be discriminatory vis-à-vis seniors who do not have a caregiver.
This criterion was changed as follows: "Primary caregiver, where available, must be willing to participate in the project"

4. FUTURE AND ROLE OF DESIGN COMMITTEE

- The Corporate Plan had not identified a role for the Design committee after implementation. However since the design is not completed, the committee will be maintained for the next six months or until the major design tasks are completed ie. Goals/Objectives and Targeting.
- The committee will provide informed members to serve on Ad Hoc committees.
- The committee may be asked to revise design components presenting problems during implementation or to address major design issues not previously identified.

5. OUTSTANDING ISSUES / TASKS TO COMPLETE

- Revision of Assessment Tool: tool not completed. Final revision planned for November with printing thereafter.
- Training: discussions with Alberta for their trainors to do the initial training.
- Goals and Objectives Task Group to present proposal to Design Committee when product is completed.

#3 PREMIER RAPPORT: SOUS-COMITÉ SUR LE CIBLAGE.
COMITÉ PROVINCIAL DE CONCEPTION. LE 25 AOUT 1989.

MEMBRES:

CARMEN GODIN, PRÉSIDENTE
DR. GERALD HICKEY
ALINE SAINTONGE

CRITÈRES PROPOSÉS POUR LES SERVICES ENRICHIS:

1. Prémisse: le projet pilote PEU a pour objectif principal de dispenser des soins à des personnes âgées et frêles qui risquent d'être placées dans un foyer de soins. C'est pourquoi il est nécessaire d'établir des critères et des modalités d'admission au programme afin de s'assurer que les services dispensés dans le cadre du projet répondent bien aux besoins des personnes âgées.

2. Critères d'admissibilité: des limites fonctionnelles majeures sont un facteur important en vue de déterminer le placement et devraient aussi servir de critères d'admissibilité au PEU. Les critères suivants sont suggérés:

2.2 Démographie

a. Être âgé de 65 ans;
b. Demeurer dans une des régions pilotes, dans un foyer, un foyer de soins, un hôpital, un foyer de soins spéciaux;
c. Coût maximal du plan de services.

2.3 Fonctionnement

a. Risque modéré en matière d'activités de la vie quotidienne (AVQ) ou deux limites fonctionnelles modérées dans ce domaine.

OU

b. Risque élevé en matière d'activités instrumentales de la vie quotidienne (IAVQ) ou trois limites fonctionnelles élevées dans ce domaine.

OU

c. Risque modéré en matière de fonctionnement cognitif.

ET

d. Deux besoins non comblés en matière d'activités de la vie quotidienne ou d'activités instrumentales, ou fragilité du réseau naturel de soutien.

2.4 Engagement

a. Doit être d'accord pour participer au projet;
b. Le pourvoyeur de soins naturel, s'il y a lieu, est prêt à participer au projet

#4 RECOMMANDATION S DU SOUS-COMITÉ SUR LA GESTION DES CAS. COMITÉ PROVINCIALDE CONCEPTION. LE 28 AOUT 1989

1. Que des critères soient établis pour identifier clairement ce qui constitue une situation de crise.

2. Qu'après identification d'une situation de crise, des mesures soient prises le plus tôt possible dans les 24 heures.

3. Qu'après stabilisation de la situation de crise, la phase I de l'évaluation globale soit effectuée.

4. Qu'une définition claire du rôle du gestionnaire / coordonnateur de cas soit établie et qu'elle comprenne ses fonctions et ses responsabilités (veuillez utiliser les renseignements fournis par le sous-comité sur la gestion des cas).

5. Que l'ensemble des personnes participant à la mise en oeuvre des diverses fonctions du projet pilote du point d'entrée unique reçoivent une formation théorique et pratique sur la gestion des cas, tant au niveau du système qu'à celui du gestionnaire/coordonnateur de cas.

6. Que deux personnes supplémentaires par région (pour un total de quatre personnes) soient embauchées. Cette mesure augmenterait les chances de succès du projet.

7. Que les membres du comité se rencontrent à date fixe chaque semaine.

8. Que les personnes qui offrent des services à la clientèle rédigent chaque mois une brève mise à jour de la situation en fonction des objectifs qui ont été définis. Ces comptes rendus doivent être remis au gestionnaire/coordonnateur de cas.

9. Qu'un rapport trimestriel exhaustif soit rédigé par chaque dispensateur de services en vue de l'examen trimestriel qu'effectue l'équipe de planification.

10. Que l'équipe de planification réalise un examen complet des activités sur une base trimestrielle.

11. Qu'un gestionnaire/coordonnateur de cas entre en contact avec les clients à domicile au moins deux fois pendant les trois premiers mois et, par la suite, au moins une fois chaque trimestre.

12. Qu'un contact téléphonique hebdomadaire soit maintenu avec la clientèle au cours du premier mois puis, par la suite, au besoin.

13. Qu'un processus d'appel bien défini soit conçu pour permettre un accès direct au directeur régional.

GRAPHIQUE DU SYSTEME DU POINT D'ENTRÉE UNIQUE

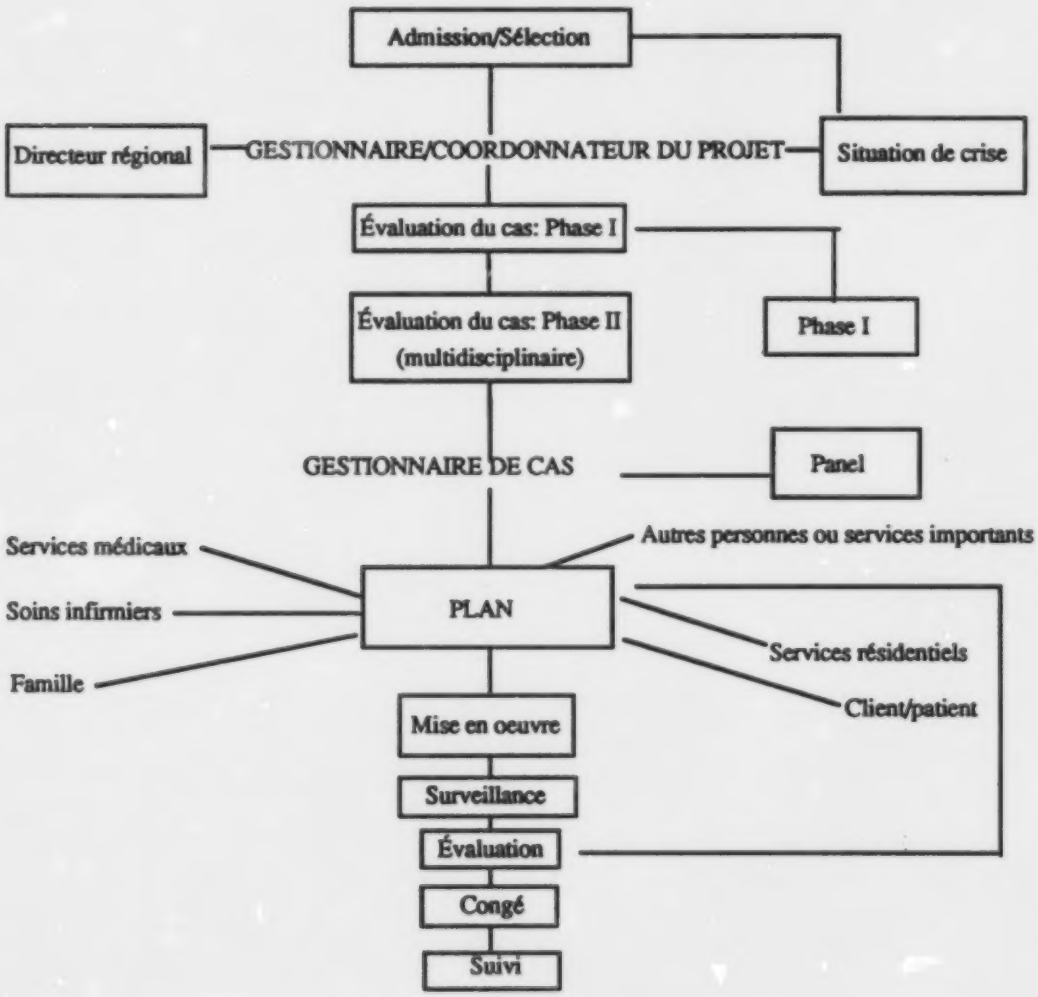


TABLEAU CHRONOLOGIQUE DU SYSTÈME DU POINT D'ENTRÉE UNIQUE

PLAN

- Doit être élaboré avec l'équipe du client/patient, c'est-à-dire les personnes offrant le soutien et (ou) des services au client; inclure le client lui-même si c'est possible et (ou) les membres les plus importants de son réseau de soutien en matière d'information.

- Le budget relatif au plan individuel doit être approuvé selon le processus décrit dans le document "Signing Authority for Financial Expenditures".

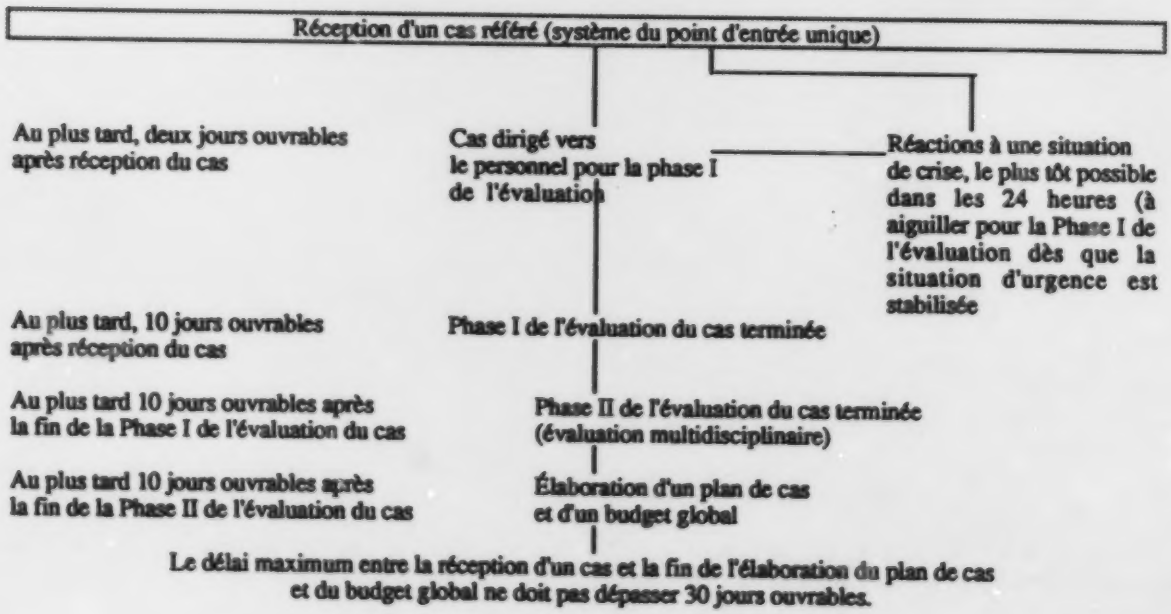
- Selon le procès-verbal de la réunion des présidents du groupe de travail sur le projet, tenue le 31 juillet 1989, les membres du comité :

  - peuvent demander une aide spécialisée au besoin;
  - doivent examiner tous les cas exigeant des soins d'une certaine importance (coût);
  - doivent examiner tous les cas pour lesquels des soins résidentiels ont été jugés nécessaires.

SURVEILLANCE :

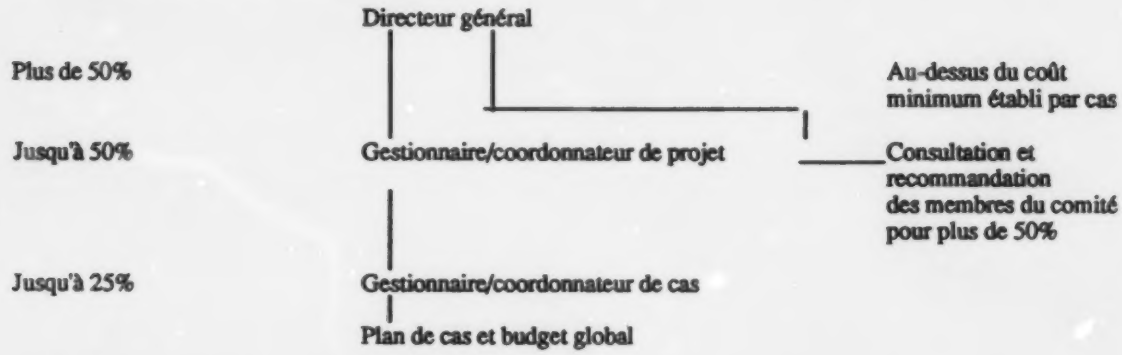
Le gestionnaire/coordonnateur de cas surveille tous les aspects de la mise en oeuvre du plan, de son efficacité et de la satisfaction du client et ce, de façon permanente. Pour ce faire, il organise des réunions formelles et informelles avec toutes les personnes qui offrent des services de soutien et des services directs au client. Plus spécifiquement :

1. Le gestionnaire de cas visite le client chez lui au moins deux fois pendant les trois premiers mois et au moins tous les trois mois par la suite.
2. Le gestionnaire de cas entre en contact avec le client ou un de ses soutiens importants chaque semaine pendant le premier mois et, par la suite, au besoin.
3. Pour que l'information et les rapports soient à jour, et pour faciliter la préparation de la séance trimestrielle de contrôle et de planification de l'équipe, toutes les personnes offrant des services au client doivent présenter un rapport mensuel d'étape et un rapport trimestriel complet au gestionnaire/coordonnateur de cas.
4. D'une façon permanente, le gestionnaire/coordonnateur de cas effectue les tâches de planification, de mise en oeuvre, de surveillance et d'évaluation.



PROGRAMME DU POINT D'ENTRÉE UNIQUE

POUVOIR DE SIGNATURE POUR LES DÉPENSES



Tous les pourcentages s'appliquent au coût maximum établi par cas. Le coût maximum par cas doit être exprimé en termes de dépenses quotidiennes ou mensuelles maximales, de façon à fournir des lignes directrices claires dans le cadre du processus d'autorisation du budget.

PROCESSUS D'AUTORISATION DU BUDGET PAR CAS

1. Lorsque le plan de cas est établi, un budget global est élaboré par le gestionnaire/coordonnateur de cas. Il s'agit du budget total prévu pour la période visée (p. ex., 6 mois) de même que les dépenses quotidiennes du projet.
2. Si le budget proposé ne dépasse pas 25 % du coût maximum établi par cas, le gestionnaire/coordonnateur de cas veille à la mise en oeuvre du plan.
3. Si le budget proposé accapare entre 25 et 50 % du coût maximum établi par cas, le gestionnaire/coordonnateur de cas présente le plan de cas et le budget global du cas au gestionnaire/cooordonnateur de projet pour obtenir l'autorisation de dépenser. (Note : Puisque le gestionnaire/coordonnateur fait partie de la ligne hiérarchique des services sociaux communautaires et à la famille, il possède le pouvoir de signature que définit le directeur régional.)
4. Si le budget proposé représente de 50 % à 100 % du coût maximum établi par cas, le gestionnaire/coordonnateur de cas présente le plan de cas et le budget global du cas au gestionnaire/coordonnateur de projet. Si aucune solution de rechange acceptable ne permet de maintenir les dépenses nécessaires à 50 % du coût maximum établi par cas ou moins, le gestionnaire/coordonnateur de projet organise une réunion avec les membres du comité du programme du point d'entrée unique. Ã cette réunion, le gestionnaire/coordonnateur de cas présente le plan de cas et la demande de budget. Par suite de cette présentation, les membres du comité font des recommandations sur le plan et le budget admissible. Les recommandations écrites sont alors présentées au gestionnaire/coordonnateur de projet qui autorise ensuite le budget nécessaire. [Dans certaines régions, selon les pouvoirs délégués au gestionnaire/coordonnateur de projet par le directeur régional, l'autorisation directe du directeur régional peut être nécessaire pour des dépenses se situant entre 50 % et 100 % du coût maximum établi par cas.]
5. Si le budget proposé exige plus de 100 % du coût maximum établi par cas, le gestionnaire/coordonnateur de cas présente le plan de cas et le budget global au gestionnaire/coordonnateur de projet. S'il n'existe aucune solution de rechange acceptable permettant de maintenir les dépenses à l'intérieur du coût maximum admissible, le gestionnaire/coordonnateur de projet :
   a) envoie le plan de cas et la demande de budget au directeur régional;
   b) organise une réunion avec les membres du comité du programme du point d'entrée unique. Ã cette réunion, le gestionnaire/coordonnateur de cas présente le plan de cas et la demande de budget.

Les membres du comité du programme du point d'entrée unique doivent consulter le directeur régional avant de présenter leurs recommandations si celles-ci appuient un budget de cas supérieur au coût maximum établi par cas.

Le directeur régional doit autoriser lui-même les budgets excédant le coût maximum établi par cas.

BUTS ET OBJECTIFS POUR GÉRANCE DE CAS

- But Primaire: Procurer la meilleur qualité de services possibles de façon efficace et économique enautant que possible

- Éléments de la Structure de la Gérance de Cas:
  1. Service Efficace
  2. Efficacité des Services
  3. Rapport Efficacité-Coût

Gérance de Cas:

- Les programmes nécessitent des buts et objectifs qui sont dirigés envers les trois éléments de structure à deux niveaux: le niveau de service directé aux clients individuellement et au niveau de programme pour toute la population cible.

Buts: Niveau du Client Individuel (Niveau-Micro)

Pour chaque but, des objectives spécifiques doivent être élaborés dans des termes mesurables, i.e. en raltion avec l'évaluation du client, la planification de services, l'implantation, la surveillance de contrôle et l'évaluation.

La responsabilité des buts au niveau du client individuel sont d'assurer que:
1. Le client reçoit les services nécéssaires.
2. les services reçoit les services nécessaires (temps approprié)
3. de façon économique

Buts: Niveau du Programme (Macro)

A. Qualité des services

1. Encourager une collaboration productive entre les agences et programmes qui font partis du réseua de services
2. Etablir un consensus au niveau du réseau en ce qui a trait à la définition des besions primaires du client et les méthodes de solutions ou d'interventions avec les problèmes des clients
3. Structurer le travail de façon à ce qu'il soit bénéfique autant pour l'employé que le client
4. Etablir et maintenir un système de gérance de case qui est suffisamment stable pour donner du support aux clients et qui est à la fois suffisamment dynamique pour promouvoir le développement et les changements aussi bien dans les organisations que chez les clients.

B. Responsabilité

1. Définir et implanter des services d'éfficacité-coûts
2. Développer de l'information et des procédures
3. Mettre en place la technologie nécessaire pour supporter le programme d'information et le système de comptabilité
4. Etablir un système qui permet l'administration par objectifs

#5 PREMIER RAPPORT: COMITÉ DE TRAVAIL SUR L'ACCUEIL, L'ÉVALUATION ET L'INTERVENTION EN SITUATION DE CRISE. COMITÉ PROVINCIAL DE CONCEPTION. LE 13 AOUT 1989.

MEMBRES: WARREN DAVIDSON, PRÉSIDENT
JOAN GAMBLE
MERIAM SIFTON
EUNICE MCELWAINE
GINETTE BEAULIEU
HILDA COMEAU
YVON THÉRIAULT
HARRY BOLAN

Préambule

1) Dans le cadre des projets du point d'entrée unique, le processus d'évaluation doit être placé sous le signe de l'interdisciplinarité, car une telle approche permet de répondre de façon plus adéquate aux besoins interreliés des personnes âgées en perte d'autonomie et des polyhandicapés sur les plans psychologique, social et physique.

   Nous devons par conséquent abandonner progressivement le système actuel fondé sur une multiplicité d'agences distinctes regroupés en plusieurs divisions sous l'autorité du ministère de la Santé et des Services Communautaires, pour nous tourner vers un système basé sur un centre unique de responsabilité. L'adoption de cette nouvelle approche devrait permettre d'offrir des soins mieux coordonnés et mieux financés.

   A l'unanimité, les membres du sous-comité considèrent que la responsabilité des aspects principaux du système du point d'entrée unique et du processus d'admission et d'évaluation doit incomber à une équipe composée de travailleurs sociaux et d'infirmiers oeuvrant au sein de la collectivité concernée. En d'autres termes, tous les cas pour lesquels une évaluation complète s'impose devront être étudiés par chacun des membres de l'équipe.

2) Le processus d'évaluation ne se limite pas à la collecte des données, à la définition des problèmes et à la détermination des besoins, il doit avant tout permettre la détermination des problèmes cliniques, sociaux et psychologiques auxquels il est possible de remédier, et celle des systèmes de soutien personnels, familiaux et communautaires.

3) A ce jour, le sous-comité n'a pas encore déterminé exactement le groupe auquel s'adresse ce type de projets. Cependant, les membres s'accordent à dire que dans la plupart des systèmes à point d'entrée unique, toutes les personnes âgées en perte d'autonomie et les polyhandicapés franchissant le "point d'entrée" doivent faire l'objet d'une évaluation interdisciplinaire et complète.

SÉLECTION

Admission/sélection

1) En dépit de l'étendue de ces projets et de l'incertitude quant à la définition exacte du "groupe cible", la personne qui désire bénéficier des services proposés, ou les intervenants de son entourage, peuvent utiliser le système à point d'entrée unique. Les requêtes peuvent provenir soit de la collectivité, soit de l'établissement concerné.
2) Sur réception, le dossier est assigné à l'un des membres de l'équipe, le plus souvent un travailleur social (dans la région de Fredericton, on compte une seule infirmière pour 16 ou 17 travailleurs sociaux), qui doit alors :
   a) réunir les statistiques pertinentes et déterminer l'admissibilité
   b) définir le degré d'urgence

   puis :

   a) faire part de l'information obtenue à qui de droit
   b) transmettre le dossier au service approprié - urgence/crise
   c) élaborer le calendrier du processus d'évaluation ordinaire.

   Un des membres de l'équipe sera le "coordonnateur de cas" selon la catégorie du cas : social ou clinique.

Instrument d'évaluation

1) À l'unanimité, les membres du sous-comité considèrent que les instruments actuellement utilisés au Nouveau-Brunswick, à savoir le critère d'admissibilité aux foyers de soins et SCPA, sont fondés sur une approche unidisciplinaire et révèle, du moins pour le premier outil cité, des imperfections graves. Ces instruments s'avèrent donc mal adaptés à l'objectif de ces projets et du système à point d'entrée unique.
2) Un examen minutieux des outils précités a notamment mené aux conclusions suivantes :
   a) Profil du client (Ebenezer)
      - Long
      - Système principalement conçu pour les personnes en établissement
      ∴ Non recommandé
   b) Programme de services à domicile du Manitoba : Formulaire d'évaluation des soins, demande d'admission et évaluation des dossiers concernant les soins à domicile
      - Formulaire adéquat, mais en deux parties
      - Recommandation:
      1. Élaborer un formulaire unique mieux coordonné
      2. Adopter dans notre système le principe du comité, pour:
         a)s'assurer des résultats parfaitement sûrs
         b)poursuivre la consultation multidisciplinaire.
3) S.R.A.O. (Système de rapport des activités opérationnelles)
   - Trop long - Trop peu précis pour répondre à nos besoins spécifiques
   ∴ Non recommandé
4) Système albertain d'évaluation et d'affectation (SAEA) pour les soins de longue durée
   - Un peu long, mais très complet
   - Fondé sur une véritable approche mutlidisciplianire avec ré-évaluations
   - Souligne l'apport du système informel de soins

Recommandations

1) Adopter une version modifiée du SAEA pour ces projets.
2) Adopter le formulaire manitobain de renseignements médicaux; il est unique en ceci qu'il regroupe :

   (i) les demandes de consultations en gériatrie
   (ii) un compte rendu obligatoire de l'opinion du médecin quant aux véritables besoins du demandeur en matière de soins à domicile.
3) Les mêmes formulaires doivent être adoptés pour les deux projets.
4) Il faudra par conséquent proposer une version française de l'SAEA
5) Modifications (Voir le manuel de référence)
   a) Conditions financières (pp. 7 et 8 1B)
   b) Remplacer "hôpital de soins prolongés" par "unité de soins prolongés"
   c) Annexe 1 : à adapter à la situation du Nouveau-Brunswick
   d) Annexe 2 : à adapter à la situation du Nouveau-Brunswick
6) Le sous-comité recommande en outre l'adoption de ces autres outils d'évaluation, se conformant en cela aux recommandations émises par la Conseil consultatif national sur le troisième âge dans un document intitulé (7) : Évaluation gériatrique : l'expérience canadienne. Ces recommandations du Conseil consultatif visaient entre autres à assurer une certaine uniformité des pratiques d'évaluation sur l'ensemble du territoire canadien.

A) Déficience cognitive - Problèmes d'orientation, de mémoire, d'attention et de langage
   Folstein : Mini Mental State Test

B) Dépression
   Yesavage : Geriatric Depression Scale (sauf la courte note de l'annexe IV)

C) Risques de suicide : (voir annexe V)

D) Alcoolisme
   Test de dépistage du Michigan sur l'alcoolisme : (voir annexe VI)

E) Charge de travail des intervenants en soins
Assessment of Stress on Relatives of the Elderly Person (Israel et al.) et (Hartman)

F) Mauvais traitements infligés aux personnes âgées
Elder Abuse Assessment (Ross et al.)

G) Annexes VII et VIII telles quelles.

Cheminement du dossier

1) Pour bénéficier du système, il faut être atteint d'au moins une incapacité concernant les activités de la vie quotidienne (AVQ).
2) Les services fournis au titre du programme à point d'entrée unique doivent être assurés, en particulier en ce qui concerne l'évaluation du système à demandes centralisées, afin d'éliminer les subjectivités.
3) Le coût maximal des services à domicile équivaut au coût des mêmes services prodigués en établissement, moins la pension de vieillesse (allocation pour menues dépenses)
4) Le coordonnateur du dossier et les membres de l'équipe doivent détenir un pouvoir discrétionnaire de dépense pouvant aller jusqu'à 25 % du coût maximal. Si l'estimé des frais représente entre 25 % inclusivement et 50 % exclusivement du coût maximal, il conviendra de consulter le superviseur du service. Si le coût estimé est supérieur ou égal à 50 % du coût maximal, le cas devra être ré-examiné par le comité.
5) Ce comité peut être consulté en tout temps au cours du processus d'évaluation et pendant la phase de suivi.
6) Tous les dossiers de demande de services à domicile ou en établissement doivent être soumis au comité.
7) La fiche de renseignements médicaux peut être demandée à tout moment du processus d'évaluation. Sur demande, le médecin de famille doit fournir ce document; en attendant la prestation de services additionnels. Les renseignements médicaux doivent être fournis avant que le cas ne soit examiné par le comité.
8) Le calendrier des ré-évaluations formelles doit être conçu en fonction de la gravité du cas, et non de la charge de travail. Les coordonnateurs de cas ne doivent pas être surchargés comme ils le sont actuellement.

Formation du personnel

1) Il convient d'organiser des ateliers, des séminaires, et autres réunions de formation à l'intention du personnel régional oeuvrant sur les deux projets. Ces programmes de formation devront débuter aussi tôt que possible, après l'atelier du mois d'août.
2) Les intervenants-clés de chacune des régions devront passer de 7 à 10 jours en Alberta pour y acquérir une expérience pratique des outils d'évaluation et des techniques de consultation auprès des employés du ministère.

Intervention en cas de crise

1) Il est indispensable qu'il soit possible d'obtenir, 24 heures sur 24, et 7 jours par semaine les conseils et les services d'urgence nécessaires. Un système coordonné d'appels sera mis au point en collaboration avec les services communautaires aux personnes âgées et l'hôpital extra-mural.
2) À l'heure actuelle, les cas de crise sociale se soldent le plus souvent par l'admission dans un hôpital de soins aigus. Il convient maintenant d'affecter les ressources nécessaires à la mise sur pied d'un système d'aide familiale et de relève.
3) Les crises peuvent survenir à l'admission, au cours du processus d'évaluation, ou pendant la période de suivi. Les employés doivent bénéficier d'une formation adéquate sur les différents services offerts.

#6 ADDENDUM. SUBCOMMITTEE ON INTAKE, ASSESSMENT AND CRISIS INTERVENTION. PROVINCIAL DESIGN COMMITTEE. AUGUST 23, 1989.

Question soulevée:

(i) Comment peut-on assurer une évaluation multidisciplinaire à tous les clients du système?

Les coordonnateurs de cas disposent d'un pouvoir discrétionnaire portant sur le quart du coût maximal. Ceci permet également au travailleur social ou à l'infirmier de la collectivité de mener à bien la partie du processus de l'évaluation qui lui incombe sans avoir à demander à son collègue de se charger de l'évaluation multidisciplinaire.

Quand la limite fixée à un quart du coût maximal est atteinte ou dépassée, l'ensemble de l'évaluation doit être pris en charge par l'équipe multidisciplinaire, et la fiche de renseignements médicaux doit être réclamée du médecin de famille ou du médecin traitant.

Certains indicateurs cliniques et psychosociaux spécifiques des risques encourus seront fournis dans le cadre de l'évaluation : ainsi, le coordonnateur du cas aura la possibilité de demander à son collègue de procéder à une évaluation complète avant d'avoir atteint la limite fixée à 25 % du coût maximal.

Exemples :

Mauvais traitements soupçonnés
Extrême pauvreté
Logement sordide
Incontinence
Confusion mentale
Troubles de la mémoire
Médications multiples
Chutes

#7 GAMMES DE SERVICE. GROUPE DE TRAVAIL DU COMITÉ DE PLANIFICATION SUR LES GAMMES DE SERVICE. COMITÉ PROVINCIAL DE CONCEPTION. AOUT 1989.

PRÉSIDENTE DU COMITÉ : PATRICIA MACNEIL

MEMBRES DU COMITÉ: Warren Davidson, M.D.
Carmen Godin
Lorraine Bourque
Léopold Pinet

Objectifs

Mettre au point des services qui offriront une solution de rechange au placement inutile, prématuré ou prolongé de personnes dans des établissements.

Mettre sur pied des services qui allègeront ou supprimeront les difficultés excessives que doivent affronter les dispensateurs de soins ou les membres de la famille qui fournissent des soins.

Susciter la participation d'organismes communautaires et de bénévoles à la prestation de services précis de maintien à domicile.

Créer et offrir des programmes de counselling et d'éducation visant le client et sa famille. Sensibiliser le grand public sur les besoins du client.

Les services décrits ci-dessous sont des services de santé, des services sociaux et des services communautaires offerts au client.

Options de service

Les options de service et les ressources énumérées ci-dessous visent à satisfaire les objectifs définis pour le système du point d'entrée unique. Après de longues discussions, le comité et le comité de planification ont conclu que le recensement des services doit être une responsabilité régionale.

Les services ci-dessous ne sont pas présentés par ordre de priorité :

Unités d'évaluation gériatrique

1. Ces unités s'attachent surtout à l'évaluation des cas, au diagnostic et au traitement initial des personnes âgées et des personnes âgées fragiles.
2. Ces unités peuvent être situées dans des hôpitaux où plusieurs lits peuvent être mis à leur disposition.
3. Les médecins intéressés au traitement des personnes âgées peuvent recevoir une formation de base en technique d'évaluation des cas, etc.
4. Des gériatres pourraient être recrutés dans des grandes agglomérations urbaines et servir de consultants pour ces unités et les médecins qui en sont responsables (Geriatric Assessment and Rehabilitation, Second Report of the Health Care Committee on Health Care of the Elderly, 2 février 1989).
5. Ces services peuvent être offerts dans le cadre d'une clinique externe située dans l'hôpital local.

Aides familiales

1. Soins personnels et satisfaction des besoins de base à domicile par du personnel qualifié (aides familiales).
2. Services à domicile de gestion du ménage à l'intention du client et de sa famille.
3. Être membre actif de l'équipe, être en mesure d'identifier les autres besoins du client (p. ex., sociaux) et d'en informer l'équipe.
4. Enseigner au client comment être autonome (si possible) et jouer un rôle actif dans la promotion de la santé auprès de la famille et du client.

Il faut reconnaître l'importance de ce service et prévoir des salaires et des avantages sociaux plus attrayants ainsi que de meilleures méthodes d'établissements des calendriers. Il faudrait rédiger une description de poste complète. Le rôle et les fonctions de l'aide familiale doivent être définis clairement et normalisés dans l'ensemble de la province. Il faut prévoir des programmes d'éducation réguliers.

Livraisons de repas à domicile

1. Livraison de repas chauds nutritifs au client à son lieu de résidence.
   Utiliser les hôpitaux, les foyers de soins et les restaurants de la région.
2. Continuer à favoriser et à organiser la participation des bénévoles à ce service.

Ramassage-repas

1. Transport du client à un endroit central où il peut prendre un repas nutritif et tirer profit du contact social avec d'autres personnes. Service sélectif restreint offert si l'état de santé du client le permet.
2. Encore une fois, le service serait principalement offert par des bénévoles bien organisés.

Services de soins infirmiers à domicile

Dans chaque région, des services de soins infirmiers à domicile seront offerts pour aider le client à demeurer chez lui.

1. Soins infirmiers professionnels offerts à domicile pour traiter des maladies aiguës et chroniques, pour faciliter la convalescence du client ou fournir des soins palliatifs.
2. Les services de soins infirmiers à domicile seront offerts par l'hôpital extra-mural, le V.O.N., en mettant particulièrement l'accent sur les soins de longue durée.

Équipement et fournitures

1. Fourniture d'équipement médical spécial au client pour lui permettre d'avoir une meilleure qualité de vie (p. ex., respirateurs).
2. Qu'une méthode soit établie pour fournir de l'équipement modifié au client (p. ex., fauteuil roulant). Il peut être nécessaire de faire donner ce service à contrat par une société locale ou provinciale reconnue.
3. Programme allocations-santé pour personnes âgées - Revoir ce programme afin de prévoir le partage des coûts (p. ex., systèmes relatifs à l'incontinence).

Services d'urgence

1. Il faut établir un mécanisme pour les urgences (p. ex., si le dispensateur de soins ou le conjoint tombe malade) qui permette au client d'être admis dans un établissement jusqu'à ce que d'autres dispositions soient prises.
2. Établir des méthodes qui permettent à un dispensateur de soins (p. ex., gardienne) d'aller au domicile du client. Il faudrait que ce système puisse être mis en branle à l'intérieur d'un très court laps de temps.
3. Mettre sur pied des services de lignes téléphoniques d'urgence dans les régions.
4. Poursuivre l'implantation dans la province du numéro 911 en cas d'urgence.
5. Tenir un registre des personnes démentes avec les autorités policières municipales et la G.R.C.

Services de relève temporaire

1. Que des services réguliers de relève soient offerts (assistance sociale) dans toutes les régions.

2. Urgences - comme ci-dessus.
3. Réadmission régulière de clients. Ce service permet la surveillance clinique du client dans un cadre hospitalier. Permet aussi une assistance sociale.
4. Soins de jour. Soins pour une personne transportée dans un foyer de soins pour un ou plusieurs jours. Le client y reçoit des soins de santé, des repas et profite du contact avec d'autres personnes.
5. Soins de jour dans les collectivités rurales. Le responsable des soins organise des séances dans des centres communautaires, des sous-sol d'église, etc., au cours desquelles le client pratique certaines activités, mange une collation nutritive, fait un peu d'exercice et reçoit des services comme la mesure de sa tension artérielle, soin des pieds, etc.
6. Services de garde :
   1.Permettre au dispensateur de soins de passer quelque temps à l'écart du client. Ce service doit être offert au domicile du client.
   2.Le service est offert en fonction du budget disponible et est élargi grâce à l'aide de bénévoles.
   3.Les régions doivent soutenir les organismes bénévoles et fournir des programmes d'éducation.

Services de counselling

1. Programmes dans les régions visant les familles et les dispensateurs de soins.
2. Programmes visant à promouvoir un vieillissement sain et une sensibilisation aux questions de santé.

Services de santé mentale

Que des services spécialisés de santé mentale soient offerts au client.

1. Recours à des cliniques psychiatriques locales de santé mentale.
2. Faire participer la Commission de l'hygiène mental.
3. Que le client ait accès à des programmes et à un soutien en matière d'alcoolisme et de pharmacodépendance.

Services résidentiels

1. Fournir plus d'unités d'habitation aux clients. Elles sont présentement inadéquates dans l'ensemble de la province. Il faut mettre en place, dans les immeubles, des structures pour les urgences et l'aide sociale.
2. Maisons de soins spécialisés - solution de rechange aux soins en établissement. Les normes doivent être appliquées et la clientèle de ces maisons devrait exiger un minimum de soins et de supervision, et pas de soins infirmiers. Que des critères d'admission stricts soient établis et que chaque client admis soit évalué sur une base permanente.
3. Maisons mobiles pour personnes âgées - maisons mobiles installées près du dispensateur de soins pour faciliter la surveillance de la personne âgée par la famille.

   Dans les services résidentiels, il faut prévoir les mouvements à l'intérieur du système. Ils sont définis en fonction des besoins et des résultats de l'évaluation des cas. Par exemple, on peut évaluer le cas d'un client logé dans une maison de soins spécialisés et établir s'il a besoin d'être placé dans un autre établissement de soins de santé comme p. ex., un foyer de soins.

   Il faut tenir compte de la possibilité que le mouvement se fasse dans le sens inverse.

4. Soins dans les foyers de soins - Le nombre de lits est calculé en fonction du nombre d'habitants et ce, afin de comparer le traitement relatif de chaque région.
5. Unités de soins à distance - à établir afin de fournir à la clientèle des soins au-delà de ceux qu'offrent les foyers de soins.

Services de santé à domicile

1. Services de nutrition - Pour le client et sa famille, éducation du client et de la famille en matière de préparation de repas nutritifs, de modifications de la diète. Conseils généraux sur la nutrition.
2. Programmes de thérapie à domicile - Ã domicile, enseigner au client à s'adapter à son environnement. Notamment, physiothérapie, ergothérapie, orthophonie.

3. Soins palliatifs - Services offerts aux mourants à domicile par les services existants, soit l'hôpital extra-mural, les hospices.
4. Pastorale - Demander aux églises d'offrir des services de pastorale au client.

Éducation communautaire

La santé publique joue un rôle important dans l'éducation de la collectivité. Programmes préventifs à tous les niveaux de la collectivité.

Services de réparations et d'entretien

Services essentiels pour les personnes âgées desservies par le système.

1. Service bénévole - Peut être établi par l'intermédiaire d'un organisme bénévole régional. Les petites dépenses des bénévoles doivent être remboursées.
2. Évaluer le type de travail requis. Par exemple, gros nettoyage : peut-être donner ce ervice à contrat.
3. Définir les services saisonniers à offrir comme l'enlèvement de la neige.

Services de transport

1. Les services de transport doivent être fournis pour permettre au client de régler ses affaires (p. ex., aller à la banque).
2. Fournir du transport adapté (p. ex., minibus pouvant accueillir des fauteuils roulants) en fonction du degré d'incapacité.
3. Les services de transport pourraient à la fois être donnés à contrat et offerts bénévolement.

Les services essentiels recommandés devraient être assurés jusqu'au maximum du coût en établissement établi dans les foyers de soins. Le coût des fournitures n'a pas été établi.

Le système du point d'entrée unique vise à établir les besoins du client. Il doit donc être orienté vers celui-ci, assurer une évaluation permanente du cas sur la base d'une approche multidisciplinaire et être sensible aux besoins du client. La mise sur pied du système du point d'entrée unique doit permettre d'établir clairement les responsabilités en matière de soins de longue durée dans la province du Nouveau-Brunswick.

#8 RAPPORT DU COMITÉ DE TRAVAIL SUR LE SOUTIEN AUX POURVOYEURS DE SOINS. COMITÉ PROVINCIAL DE CONCEPTION. LE 23 AOUT 1989.

MEMBRES DU COMITÉ : **Murray Nixon, Président**
Yvon Arseneau
Berdie Darrah
Sue Gatto
Claire Hine
Hal Losier
Judy Paquet
Bev Weeks

Aujourd'hui, l'aide que reçoivent les personnes âgées provient surtout de réseaux informels, soit les parents et les amis.

D'abord et avant tout, les soins sont offerts par le conjoint. Ensuite, et particulièrement lorsque le conjoint n'est plus vivant, ce sont les enfants (particulièrement les filles) qui s'occupent le plus souvent des personnes âgées au Canada. Lorsqu'ils aident leurs parents âgés, les enfants sont eux-mêmes d'âge moyen ou se trouvent à l'orée du troisième âge. Pour tenir compagnie aux personnes âgées, les amis sont très importants. En général, une même personne se charge de l'essentiel des soins et les femmes qui s'occupent de personnes âgées le font sans renoncer à aucune de leurs autres tâches.

Selon les publications sur le sujet, la plupart des dispensateurs de soins utilisent au minimum le soutien organisé et on ne recherche les soins organisés qu'après épuisement des ressources familiales.

Des études révèlent que les services de soins organisés à domicile ne remplacent pas les soins informels. En effet, lorsque des services organisés sont fournis, tous les dispensateurs de soins informels transfèrent leur énergie de certaines tâches à d'autres, ce qui leur permet de continuer ou d'accroître la prestation de soins informels. Les services de soins organisés ne remplacent donc pas les soins informels. Ils permettent simplement une utilisation judicieuse des services organisés.

La prestation de soins peut donner lieu aux problèmes suivants :

- dépression
- stress
- insatisfaction
- détérioration de la santé
- effets négatifs sur les loisirs et les activités familiales

Les dispensateurs de soins sont notamment préoccupés par les points suivants :

- la relation avec la personne âgée
- les effets de l'aide sur la santé
- les effets de l'aide sur les périodes de loisirs
- l'avenir de la personne âgée
- le manque d'information sur les services de soins organisés

Le système du point d'entrée unique doit reconnaître la nécessité de programmes de soutien aux dispensateurs de soins et l'énoncé de politique sur le sujet doit traiter explicitement de ces programmes.

RECOMMANDATIONS

Évaluation

L'évaluation globale initiale doit porter sur tous les intéressés, c'est-à-dire autant les dispensateurs de soins que les clients/patients.

L'outil d'évaluation doit permettre d'identifier la situation du dispensateur de soins, ses caractéristiques particulières, les difficultés qu'il doit affronter et ses besoins en matière de soutien.

On obtient alors un portrait complet du dispensateur de soins qui décrit les activités précises de prestations de soins, les heures consacrées aux soins et les moyens de soutien informels et organisés qui existent.

L'identification des difficultés que doit affronter le dispensateur de soins peut être facilitée par l'utilisation du questionnaire sur les difficultés vécues par le dispensateur de soins (voir exemple ci-joint).

Le coordonnateur de cas identifie de cette façon les besoins précis de soutien du dispensateur de soins et élabore un plan de prestation de soins.

L'identification des besoins et le plan sont établis avec le dispensateur de soins. Des réévaluations et des révisions régulières du plan de prestation de soins sont effectuées.

Soutien

Information

En général, les dispensateurs de soins mentionnent qu'ils ont besoin de renseignements sur les services de soutien existants et qu'il est difficile de savoir où obtenir ces renseignements.

Le coordonnateur de cas demande une information complète et à jour sur l'ensemble des activités éducatives et des organismes de soutien du district.

Après l'évaluation des besoins du dispensateur de soins, le coordonnateur devra être en mesure de l'aiguiller vers les services de soutien appropriés (services éducatifs et services directs) et de coordonner leur mise en oeuvre.

Un service téléphonique gratuit, offert jour et nuit et faisant l'objet d'une bonne campagne de publicité, devrait être offert aux dispensateurs de soins qui pourraient y obtenir des renseignements sur les services de soutien. La ligne téléphonique actuelle sur les services sociaux d'urgence pourrait être utilisée à cette fin.

Aides familiales

Un service adéquat d'aides familiales est un élément essentiel du soutien par les dispensateurs de soins. Le service doit être adéquat tant par sa qualité que par le nombre d'heures de travail. Des normes uniformes doivent être suivies.

Le coordonnateur de cas devrait être en mesure d'avoir accès à tous les bons services d'aides familiales du secteur.

Si les services actuels ne peuvent fournir un nombre adéquat d'aides familiales, il faut organiser des programmes de formation dans les deux régions pilotes pour former des aides familiales supplémentaires. À plus long terme, l'objectif est de faire donner ces cours d'aides familiales par les collèges communautaires.

Les aides familiales qui fourniront un service aux personnes âgées dans le cadre du projet devraient recevoir une formation en cours d'emploi sur les soins gériatriques.

Soins de relève

Même si les soins de relève offerts aux personnes âgées sont considérés comme une grande priorité par les dispensateurs de soins, il arrive souvent qu'on les mettent en place beaucoup trop tard.

Dans la plupart des cas, la relève à domicile est préférable à la relève dans un établissement qui implique le déplacement du client/patient. En effet, la relève à domicile permet de déterminer avec plus de souplesse la quantité de services à offrir et leur à-propos.

Ainsi, une relève assurée par un même employé permet une certaine continuité des soins.

De façon générale, la relève temporaire des dispensateurs de soins est assurée de manière informelle. En effet, les familles prennent elles-mêmes leurs dispositions et c'est souvent le dispensateur secondaire qui vient donner un peu de répit au dispensateur principal. Ã certaines occasions, les soins de relève fournis par la famille, les amis et le voisinage pourraient être mieux coordonnés.

Il faut faire un effort pour que les dispensateurs de soins à des patients qui n'ont pas encore atteint la phase terminale de leur maladie utilisent les services de relève. En effet, de nombreux utilisateurs potentiels de dispensateurs de soins ne connaissent pas ce concept et on doit les éduquer et les motiver pour qu'ils utilisent ce service.

Les soins de relève offrent souvent beaucoup plus qu'un simple répit car le dispensateur de soins reçoit éducation et soutien, et le client/patient, des services d'évaluation et/ou des services thérapeutiques, particulièrement dans le cadre des programmes de soins de relève à l'extérieur du domicile.

Le programme de relève doit être visible, bien concret et utile. Le coordonnateur de cas a notamment la responsabilité importante de faire l'éducation du dispensateur de soins sur les avantages d'une relève hâtive.

Il faudrait maintenir, bien faire connaître et utiliser les lits des foyers de soins, réservés pour le programme de relève des dispensateurs de soins. Une campagne d'information est nécessaire pour que les dispensateurs de soins utilisent ces lits de façon appropriée pour le client/patient.

Le coordonnateur de cas devrait avoir le pouvoir et la capacité d'offrir des soins de relève d'urgence (surtout sous forme de soutien organisé) pour une période maximale de quatre heures par jour, lorsque le dispensateur de soins est subitement empêché d'agir. Ã moins d'indications médicales précises, il faut éviter l'admission du client/patient dans un établissement de soins aigus dans ces occasions.

Counselling

Le counselling est fourni par l'ensemble des dispensateurs de soins organisés. Ils commencent à aider le dispensateur de soins à comprendre la nécessité d'un service de soutien, par l'usage approprié des services des dispensateurs de soins organisés, jusqu'à la planification de l'avenir. Lorsque le besoin est identifié, il faut se prévaloir des services de counselling établis, comme ceux des cliniques d'hygiène mentale.

Bénévoles

Le réseau informel des amis et des voisins fournit un soutien important au dispensateur de soins principal. Les visites amicales et les appels téléphoniques sont très utiles. Ce réseau informel pourrait être accru dans le cadre du programme par le recours à des bénévoles provenant de clubs d'entraide, de groupes de personnes âgées et de la collectivité dans son ensemble. Des demandes de bénévoles pourraient être adressées aux groupes pertinents. Une certaine formation serait alors nécessaire. Les bénévoles peuvent fournir des services d'hommes à tout faire et de transport.

Il faut éviter de surcharger les retraités en matière de travail bénévole car ils offrent peut-être déjà le maximum qu'ils peuvent donner.

Groupes de soutien

Des organisations sans but lucratif offrent un soutien émotif au dispensateur de soins. Le coordonnateur de cas peut aider le dispensateur de soins à trouver les groupes qui peuvent répondre à ses besoins.

Le médecin de famille

Dans bien des cas, le dispensateur de soins reçoit les services d'un médecin de famille qui le connaît et qui le soigne et soigne le client/patient âgé fragile. La connaissance et la compréhension de la famille que possède le médecin de famille et les liens tissés entre lui et ses patients devraient aider le coordonnateur de cas à élaborer et à mettre en oeuvre le plan relatif au dispensateur de soins. La communication entre le dispensateur de soins, le coordonnateur de cas et le médecin de famille est importante. Souvent, le patient accorde beaucoup d'importance à l'opinion du médecin et les médecins de famille doivent être renseignés adéquatement sur les services de soutien communautaires afin qu'ils soient à leur tour en mesure de transmettre une information pertinente à leurs patients.

Programmes d'éducation

De nombreux programmes d'éducation qui conviennent aux dispensateurs de soins sont offerts dans la collectivité. Le coordonnateur de cas doit connaître les programmes qui conviennent le mieux au dispensateur de soins et les incorporer au plan de prestation des soins. Les foyers de soins peuvent être une source inépuisable de programmes d'information destinés au dispensateur de soins. Des programmes comme "Lorsque les patients vieillissent" devraient être donnés aux dispensateurs de soins dans les districts visés par le programme, et, si ce programme n'est pas offert dans la péninsule acadienne ou dans la région de Fredericton, au début de l'automne, il faudrait prendre les mesures appropriées pour l'offrir.

Les ressources

Nous recommandons qu'un professionnel des soins de santé, bien au fait des services communautaires, soit embauché par le projet dans chaque région pilote afin d'examiner et, si nécessaire, de faciliter l'organisation des services de soutien communautaires aux dispensateurs de soins, lesquels sont décrits dans le présent rapport, de manière qu'ils soient facilement accessibles au coordonnateur de cas et au dispensateur de soins. Coût estimatif : 50 000 $.

Nous recommandons de plus que des fonds soient débloqués pour fournir le nombre d'heures de travail d'aides familiales, jugées nécessaires, par exemple, pour l'amélioration des services de relève. Coût approximatif de 20 heures additionnelles de travail d'aides familiales pour 40 clients pendant 6 mois : 200 000 $.

Enfin, le dernier point, mais non le moindre : le groupe de travail sur le soutien aux dispensateurs de soins a admis qu'il faut reconnaître les soins fournis par les dispensateurs de soins. En effet, ces derniers peuvent facilement perdre leur estime de soi et, pour cette raison, il faut reconnaître la valeur de leur travail dès que l'occasion se présente. Car bien peu de personnes âgées fragiles seraient encore à domicile si elles ne profitaient pas de l'aide de dispensateurs de soins dévoués.

EXEMPLE DE QUESTIONNAIRE
SUR LES DIFFICULTÉS VÉCUES PAR LES DISPENSATEURS DE SOINS

	OUI =	NON =
Mon sommeil est dérangé (p. ex., parce que --- se lève fréquemment ou circule la nuit)	___	___
Je subis beaucoup d'inconvénients (p. ex., parce que l'aide que je fournis exige beaucoup de temps ou que je dois me rendre assez loin pour donner mon aide)	___	___
C'est exigeant sur le plan physique (p. ex., il faut aider la personne à se lever et à se rasseoir, je dois faire des efforts physiques ou me concentrer beaucoup)	___	___
Ce travail est constant (p. ex., j'ai moins de temps libre ou je ne peux pas sortir comme je le voudrais)	___	___
La famille a dû s'adapter (p. ex., notre routine a été transformée, nous avons moins de vie privée)	___	___
Mes projets personnels ont été modifiés (p. ex., j'ai dû refuser un emploi; je n'ai pas pu prendre de vacances)	___	___
D'autres personnes ont eu besoin de mon temps (p. ex., d'autres membres de la famille)	___	___
Il a fallu s'ajuster sur le plan émotif (p. ex., à cause d'âpres discussions)	___	___
Certains comportements sont dérangeants (p. ex., incontinence; pertes de mémoire; ou --- accuse les gens de voler des choses)	___	___
Il est dérangeant de constater que --- a changé autant (p. ex., il/elle n'est plus la même personne qu'il/elle était)	___	___
Il a fallu s'adapter au travail (p. ex., parce que j'ai dû m'absenter)	___	___
La situation est exigeante sur le plan financier	___	___
Je me sens complètement débordé (p. ex., inquiétude au sujet de ---; comment vais-je m'en tirer?)	___	___

POINTAGE TOTAL (ADDITIONNEZ LES "OUI")

Source : Robinson, B., Journal of Gerontology, 1983, 38, 344-348.

#9 LIAISONS FONCTIONNELLES DANS LE CADRE D'UN SYSTEME À POINT D'ENTRÉE UNIQUE. COMITÉ PROVINCIAL DE CONCEPTION. LE 13 SEPT. 1989.

Rapport préparé pour le Comité consultatif provincial sur le Projet pilote du point d'entrée unique
Présenté par Ed Pomeroy, Elvee Robichaud et Eric Gionet, président.
Au Ministère de la Santé et des Services Communautaires, Fredericton (Nouveau-Brunswick)

Sommaire

Introduction et résumé
Fonctions du Comité de liaison
Composition du Comité interministériel
Composition du Comité intergouvernemental
Stratégies de liaisons avec les agents de première ligne
Liaisons interministérielles et intergouvernementales (objectifs et structure)
Nature et utilité des contrats de service
Réseau de prestation des soins de longue durée (Fredericton et Péninsule acadienne)

Introduction et résumé

Le rapport ci-joint est encore incomplet, en ce sens que les réactions recueillies auprès des participants à l'atelier provincial du 21 août 1989 n'y ont pas encore été entièrement intégrées. Il est donc important de noter que des corrections viendront s'y ajouter, principalement dans la section intitulée Système intégré de soins de longue durée dans la région de Fredericton et dans la Péninsule.

Le Comité a tenté de créer un système intégré de soins dans les deux régions pilotes, lequel doit servir de base à l'évaluation des ressources existantes et nécessaires. Cette base d'évaluation pourrait servir de référence pour la négociation des contrats de service avec les organismes communautaires ou les ministères. Le contrat de service constitue un outil très utile pour faire la liaison entre les ressources nécessaires et le Programme à point d'entrée unique. Notons que ces ressources peuvent être déjà offertes dans les collectivités visées et n'exiger que de légères améliorations; si ce n'est pas le cas, il faudra en assurer le développement intégral. Le système intégré de base peut aider les responsables régionaux à choisir les organismes à qui on peut confier cette tâche de développement.

Le rapport ci-joint contient aussi une liste de sources importantes de renseignements au sein du ministère de la Santé et des Services Communautaires, d'autres ministères et d'organismes non gouvernementaux. On pourra permettre aux régions de mettre sur pied des comités regroupant des représentants de ces trois niveaux, comités qui pourraient donner des conseils, régler des problèmes et diffuser l'information.

Les auteurs recommandent aussi que des liaisons formelles soient établies entre les agents de première ligne des deux régions pilotes. Ces liens permettraient d'examiner régulièrement les processus de fonctionnement, à partir de la base, ils assureraient une meilleure communication entre régions et permettraient la mise en commun des efforts en vue de résoudre les problèmes et d'uniformiser les approches.

Le Comité de liaison n'a pas pour seul mandat de faciliter les communications au sein du réseau et de négocier les contrats de service si cela s'avère nécessaire. Cependant, il faut bien comprendre que le maintien de liaisons efficaces à tous les niveaux permettra une large participation des collectivités, un meilleur accès aux ressources et une compréhension claire des fonctions et responsabilités de tous les agents concernés.

Le Comité croit que la fonction de liaison est étroitement liée à celle de Développement communautaire. Dans leurs rapports, les autres comités font référence aux ressources nécessaires, à la nécessité de développer davantage Introduction et résumé certains services et d'établir des priorités dans les régions où le Programme à point d'entrée unique est appliqué. En somme, on peut affirmer que le développement communautaire et le développement des ressources font partie des tâches sous-jacentes du comité de liaisons. Comme nous le mentionnons dans ce rapport, la fonction de liaison peut impliquer divers degrés d'interventions, allant de la simple clarification du rôle potentiel des dispensateurs de services à l'identification des ressources manquantes et à la participation à la création de

services ou d'organismes de services. En conséquence, le Comité de liaisons croit nécessaire de créer un poste d'agent de développement communautaire à mi-temps, avec comme mandat de favoriser et de prévoir la création des ressources requises dans le cadre du Programme à point d'entrée unique.

Fonctions du Comité de liaison

a) Inventorier les ressources et organismes de services qui font partie du système intégré de soins de longue durée à l'échelle régionale.

b) Inventorier les principaux centres de responsabilités au sein du ministère de la Santé et des Services Communautaires.

c) Inventorier les principaux centres de responsabilités au sein d'autres ministères du gouvernement.

d) Élaborer des stratégies visant à assurer la circulation permanente d'une information claire et à jour entre tous les centres de responsabilités concernés.

e) Convenir d'ententes formelles et d'ententes de principe avec les dispensateurs de services des régions.

f) Mettre au point des mécanismes de résolution de problèmes utilisables au sein des ministères et des gouvernements et par les dispensateurs de services et les régions pilotes.

Comité interministériel (Organismes représentés)

Programme de la protection des adultes
Médecins hygiénistes
Commission de l'alcoolisme et de la pharmacodépendance
Commission de l'hygiène mentale
Inspection - Santé publique
Services hospitaliers
Établissements hospitaliers
Programme de services de santé
Bureau des services aux personnes âgées

Comité intergouvernemental (Organismes représentés)

Ministère de la Santé et des Services communautaires
Société d'habitation du Nouveau-Brunswick
Ministère de l'Aide au revenu
Ministère des Affaires municipales
Droits de la personne
Ombudsman
Ministère du Tourisme, des Loisirs et du Patrimoine

Liaisons

Interministérielles / Intergouvernementales

Objectifs

i) Résoudre les difficultés et les problèmes provenant des premières lignes.

ii) Recevoir, en tant que groupe, une information suivie sur la progression du projet dans toutes ses phases et assurer une circulation efficace des renseignements.

Moyens

Tenue de réunions trimestrielles animées par les coordonnateurs régionaux et provincial.

Liaisons avec la collectivité (Suggestions)

- Profiter des assemblées régulières du Comité consultatif de la CBSS pour recueillir des données et diffuser l'information.

- Tenir des réunions de l'équipe d'implantation en vue de résoudre les problèmes, de partager le travail et de s'entendre sur les tâches, les activités et les responsabilités de chacun.

- Utiliser des ententes formelles pour s'assurer que toutes les parties prenantes puissent apporter leur contribution et comprendre le déroulement du projet.

- Organiser des réunions entre dispensateurs de services apparentés pour favoriser la coopération, l'équité, l'uniformité et l'application normalisée des procédés là où c'est possible.

- Organiser des réunions entre les représentants des équipes d'implantation des deux régions en vue de favoriser l'échange d'information, de résoudre des problèmes et d'assurer une compréhension uniforme des objectifs généraux du projet.

Contrat de services

Éléments constituants

- Énoncé de mission
- Résumé des engagements du Ministère
- Résumé des engagements de l'organisme
- Signature

Ententes spécifiques

- Principal centre de responsabilités
- Utilisation d'outils particuliers
- Modalités d'échanges de l'information et inventaire des renseignements à communiquer
- Calendrier et échéancier, p. ex. délai de réponses aux demandes de services (normales et urgentes)
- Procédés applicables
- Mécanismes de paiement
- Procédés d'évaluation
- Activités de formation conjointes (au besoin)
- Modalités de partage des ressources

ANNEXE C

ENTREVUES DES PERSONNES ÂGÉES ET DES POURVOYEURS DE SOINS NATURELS

La présente annexe fait des états des réponses obtenues lors d'une série d'entrevue de personnes âgées et de pourvoyeurs de soins naturels du Point d'entrée unique dans chacune des deux régions pilotes. On y donne d'abord quelques informations concernant les entrevues elles-mêmes puis on présente chacune des questions posées, la compilation des résultats et, s'il y a lieu, une synthèse des commentaires.

Les entrevues ont été conduites auprès des personnes âgées inscrites aux services enrichis du Point d'entrée unique et auprès de leurs pourvoyeurs de soins naturels. Ces entrevues ont été menées selon un protocole établi autour des questions présentées dans les pages suivantes. Dans chaque région pilote, 25 personnes âgées ont été choisies au hasard parmi les personnes concernées. Par la suite, un calendrier a été établi pour rencontrer ces personnes de même que la personne que chaque personne âgée interrogée désignait comme pourvoyeur de soins naturel.

Dans la région de Fredericton qui compte actuellement 50 personnes âgées inscrites aux services enrichis du Point d'entrée unique, 22 personnes âgées et 24 pourvoyeurs de soins naturels ont répondu aux questions de l'entrevue. Trois personnes âgées n'ont pu participer à l'entrevue par suite de confusion mentale. D'autre part, une personne âgée n'a pas désigné de pourvoyeur de soins naturel. Enfin, il faut noter que 10 des personnes âgées interrogées étaient inscrites sur la liste d'attente pour foyer de soins au moment du début du projet pilote, le 1er novembre 1989.

Dans la région de la Péninsule acadienne qui compte actuellement 41 personnes âgées inscrites aux services enrichis du Point d'entrée unique, 19 personnes âgées et 25 pourvoyeurs de soins naturels ont répondu aux questions de l'entrevue. Six personnes âgées n'ont pu participer à l'entrevue par suite de confusion mentale ou de problèmes de santé les empêchant de s'exprimer. Il faut noter que 4 des personnes âgées interrogées étaient inscrites sur la liste d'attente pour foyer de soins au moment du début du projet pilote.

Les questions abordées au cours de l'entrevue de ces personnes portaient sur leur connaissance du projet et leur degré d'accord avec ses objectifs. Des questions portaient également sur ce qu'elles ont vécu depuis novembre dernier et sur leur degré de satisfaction vis-à-vis ce vécu. La compilation des réponses à ces questions est présentée ci-dessous.

Quatre personnes recrutées sur recommandation d'un spécialiste en gérontologie de chaque région ont été mises sous contrat et entraînées pour mener les entrevues. Les intervieweurs travaillaient par équipe de deux et interviewaient simultanément mais dans des pièces séparées, la personne âgée et son pourvoyeur de soins naturel. De la sorte, l'opinion de l'un ou l'une ne pouvait influencer directement les réponses de l'autre. Dans quelques cas, le pourvoyeur de soins n'habitait pas avec la personne âgée et était donc interviewé à un moment différent.

Distribution des réponses au questionnaire d'entrevues des personnes agées et des pourvoyeurs de soins naturels

Question	Personnes âgées		Pourvoyeurs de soins	
	Fred(n=22) %	Pén. acad. (n=19) %	Fred(n=24) %	Pén. acad. (n=25) %
1. Y a-t-il un dossier d'information?				
Oui	50	79	71	80
Non	50	21	29	20
2. Si oui, quel genre d'information y a-t-il?				
Mon identification	32	63	--	--
Ma santé physique	41	58	--	--
Ma vie sociale	0	26	--	--
Mes préférences	9	37	--	--
Mes besoins	23	47	--	--
Mon médecin	41	21	--	--
Ma santé mentale	14	26	--	--
Mon milieu familial	27	42	--	--
Mon pourvoyeur de soins	0	26	--	--
Mon environnement physique	36	11	--	--
Son identification	--	--	50	64
Sa santé physique	--	--	63	0
Sa vie sociale	--	--	25	32
Ses préférences	--	--	17	32
Ses besoins	--	--	38	40
Information sur moi-même	--	--	33	40
Mes préférences	--	--	17	32
Mes besoins	--	--	8	32
3. A entendu parlé des services de:				
Repas à domicile	86	79	75	84
Relève à la maison	41	58	46	72
Diététique	27	47	25	36
Visites amicales	27	63	25	52
Équipement spécialisé	91	79	83	88

Par qui avez-vous entendu parler de ce service?

Dans la cohorte de Fredericton, 53% des personnes âgées ont répondu à cette question L'étude des mentions (5 mentions ou plus) montre que la Croix-Rouge et les travailleurs de la santé (infirmières, diététistes, ergothérapeutes, physiothérapeutes et hôpital) sont les sources d'information les plus fréquentes (10 mentions chacun) alors que les "gens, amis et voisins" sont mentionnés 6 fois et les travailleurs sociaux, 5 fois. De la cohorte de la Péninsule acadienne, 69% des personnes âgées ont répondu à la même question: la Croix-Rouge et la famille immédiate sont mentionnées chacune 10 fois comme source d'information, l'infirmière et l'hôpital obtiennent ensemble 9 mentions, les "gens, amis et voisins" sont mentionnés 6 fois et les travailleurs sociaux, 5 fois.

La même question a été posée aux pourvoyeurs de soins naturels. Dans la région de Fredericton, 88% y ont répondu. Une étude des sources d'information qui ont obtenues 5 mentions ou plus montre que les travailleurs sociaux et la Croix-Rouge sont les sources d'information les plus fréquentes (13 et 12 mentions respectivement) alors que les "gens, amis et voisins" sont mentionnés 9 fois et les travailleurs de la santé, 6 fois. Dans la région de la Péninsule acadienne, 86% des pourvoyeurs de soins naturels ont répondu à la question. L'étude des mentions révèle que les travailleurs sociaux et la Croix-Rouge sont les sources d'information les plus importantes (31 et 25 mentions respectivement), les "gens, amis et voisins" sont mentionnés 7 fois et les travailleurs de la santé, 5 fois.

Autres services mentionnés - Chez les personnes âgées, le service d'auxiliaire familiale a été mentionné 5 fois et les soins infirmiers 2 fois. Les services de compagne ou compagnon de nuit, transport par ambulance, autre transport et "ligne-secours" ont été mentionné une fois chacun. Chez les pourvoyeurs de soins naturels, le service d'auxiliaire familiale a été mentionné 12 fois et les soins infirmiers 9 fois. Les services pour gros travaux de ménage ont été mentionné 3 fois, les services de relève, d'aide pour le bain et d'aide financière, 2 fois. Les services de transport, compagne ou compagnon de nuit, "ligne-secours", counselling, surveillance de maison, déblaiement de neige ont reçu chacun une mention.

Distribution des réponses au questionnaire (suite)

Question	Personnes âgées		Pourvoyeurs de soins	
	Fred(n=22) %	Pén. acad. (n=19) %	Fred(n=24) %	Pén. acad. (n=25) %
4. Connaît d'autres services	23	21	29	64
5. Êtes-vous d'accord avec l'approche du programme (autonomie)?				
Pas du tout	0	0	0	0
Peu	5	0	17	4
Assez	68	5	54	4
Tout à fait	23	84	25	88
Ne peut dire	5	11	4	4
6. Croyez-vous faire autant, moins ou plus?				
Autant	41	53	50	64
Moins	32	11	50	20
Plus	23	32	0	16
Ne peut dire	5	0		
7. Est-ce que quelqu'un du programme vous a enseigné qq chose à faire pour mieux prendre soin de vous?				
Oui	27	37		
Est-ce quelqu'un lui a enseigné quelque chose à faire?				
Oui			13	20

Commentaires - Dans la cohorte de Fredericton, 59% des personnes âgées ont commenté leur capacité à prendre soin d'elles-mêmes depuis leur inscription au Point d'entrée unique. Six d'entre-elles mentionnent le progrès de la maladie ou l'état d'incapacité dans lequel elles se trouvent. Quatre personnes indiquent leur désir de se débrouiller par elles-mêmes avec un peu d'aide ou sans aide. Deux mentionnent l'aide qu'elles reçoivent de leur pourvoyeur de soins naturels et une indique que le Point d'entrée unique n'offre pas assez de service.

Dans la cohorte de la Péninsule acadienne, 79% des personnes âgées ont commenté leur capacité à prendre soin d'elles-mêmes depuis leur entrée dans le Point d'entrée unique. Quatre mentionnent le progrès de la maladie ou de l'incapacité et trois une amélioration de leur santé. Quatre mentionnent avoir plus de courage ou se sentir rassuré. Plusieurs (6) mentionnent l'aide, les conseils ou les visites qu'ils reçoivent comme une raison de mieux prendre soin d'elles-mêmes.

Les conseils et enseignements mentionnés par les personnes âgées concernent les techniques et exercices divers (7), les repas (2) et les soins personnels (1). Ceux mentionnés par les pourvoyeurs de soins naturels concernent les déplacements et transferts (3), le régime (1), les soins personnels (1), la respiration (1) et l'orientation dans le temps (1).

Question 8 - Êtes-vous satisfaits des services que vous recevez? Plus de 97% des cas affirment être satisfaits. Cette information concerne principalement le service d'auxiliaire familiale, les soins infirmiers, le service de relève, les repas à domicile et le service d'équipements spécialisés, services utilisés par au moins cinq des personnes âgées interrogées. La même question posée aux pourvoyeurs de soins naturels permet d'observer une satisfaction très grande également dans plus de 97% des cas.

Distribution des réponses au questionnaire (suite)

Question	Personnes âgées		Pourvoyeurs de soins	
	Fred(n=22) %	Pén. acad. (n=19) %	Fred(n=24) %	Pén. acad. (n=25) %
9. Jusqu'à quel point les services dérangent-ils?				
Pas du tout	77	84	96	76
Peu	5	11	0	12
Assez	5	5	0	8
Beaucoup	14	0		
Ne peut dire			4	4
Deux idées principales ressortent des quelques 20 commentaires des pourvoyeurs de soins naturels. Les services rendent la vie plus facile pour les personnes impliquées. De plus, ils augmentent la qualité de la vie de la personne âgée.				
10. Jusqu'à quel point avez-vous participé aux décisions sur les services préparés?				
Pas du tout	55	16	25	4
Peu	27	16	38	8
Assez	14	32	21	56
Beaucoup	0	11	17	24
Ne peut dire	5	26	0	8
11. Jusqu'à quel point les services correspondent-ils à ce que vous pensez avoir besoin?				
Pas du tout	0	0	4	4
Peu	9	0	8	4
Assez	50	26	46	32
Beaucoup	41	68	38	56
Ne peut dire	0	5	4	4
12. Avez-vous mis beaucoup de votre temps pour obtenir ces services?				
Pas du tout	77	53	67	52
Peu	14	32	21	32
Assez	0	0	4	8
Beaucoup	0	0	4	8
Ne peut dire	9	16	4	0
13. Êtes-vous heureuse (heureux) d'avoir fait ces démarches?				
Peu	9	0	4	4
Assez	59	11	46	0
Tout à fait	18	79	42	88
Ne peut dire	14	11	8	8
14. Le programme n'offre pas de services que la personne peut se donner elle-même. Êtes-vous d'accord avec cette approche?				
Pas du tout	0	5	0	0
Peu	0	0	8	4
Assez	50	16	29	12
Tout à fait	41	63	54	76
Ne peut dire	9	16	8	8

Distribution des réponses au questionnaire (suite)

Question	Personnes âgées		Pourvoyeurs de soins	
	Fred(n=22) %	Pén. acad. (n=19) %	Fred(n=24) %	Pén. acad. (n=25) %
15. Que faites-vous exactement pour la personne âgée pour lui aider? (Réponses libres des pourvoyeurs de soins)				
Aider aux soins personnels			29	24
Aider à se vêtir			4	16
Aider aux transferts			4	12
Préparer les repas			29	68
Faire l'entretien ménager			25	52
Faire les courses			29	36
Faire le magasinage			33	4
Faire l'entretien extérieur			13	0
Effectuer les transactions bancaires et gérer le budget			58	0
Accompagner dans les déplacements			17	8
Donner les médicaments			8	16
S'occuper des rendez-vous médicaux			8	4
Exercer une surveillance			4	32
S'impliquer dans les interactions sociales			54	32
Apporter un support moral			4	4
16. Combien d'heures par semaine consacrez-vous à lui aider?				
5 heures ou moins			38	0
de 6 à 15 heures			29	8
de 16 à 25 heures			8	8
de 26 à 35 heures			0	12
Presque tout le temps			13	28
24 heures et 7 jours par semaine			8	28
Pas de réponse			4	16
- Liens du pourvoyeur de soins avec la personne âgée				
Fille			13	52
Fils			21	20
Époux, épouse			25	16
Parenté			23	8
Ami, amie			8	4
17. Est-ce que quelqu'un du programme vous a enseigné quelque chose à faire pour mieux prendre soin de _____ ou pour vous faciliter certaines tâches?				
Oui			0	16
18. Avez-vous fait savoir vos préférences quant aux services à recevoir, ou donner votre avis sur différentes choses? (Types de services, façon de les dispenser, etc.)				
Jamais	59	0	71	4
Pas souvent	14	5	21	8
Souvent	14	32	4	76
Très souvent	5	11	0	0
Ne peut dire	9	53	4	12
19. Croyez-vous qu'on a tenu compte de vos préférences et de votre avis?				
Pas du tout	14	0	21	0
Peu	18	0	21	12
Assez	50	11	29	28
Tout à fait	0	63	17	52
Ne peut dire	18	26	13	8

Commentaires - Huit des seize personnes âgées de la cohorte de Fredericton ayant dit n'avoir jamais ou rarement fait savoir leurs préférences quant aux services à recevoir ou donner leur avis sur différentes choses ont donné une raison pour justifier cette situation. Trois d'entre-elles ont indiqué qu'une autre personne s'occupait de cela pour elles (épouse, belle-fille, nièce). Trois ont mentionné que les services étaient satisfaisants tels quels et deux autres ont indiqué qu'elles n'ont pas trouvé nécessaire de faire des commentaires. Dans la cohorte de la Péninsule acadienne, la personne âgée ayant dit avoir rarement fait savoir ses préférences a indiqué qu'une autre s'occupait de tout cela pour elle.

Du coté des pourvoyeurs de soins naturels de la région de Fredericton, 13 des 17 pourvoyeurs ayant dit n'avoir jamais fait savoir leurs préférences quant aux services à recevoir ou donner leur avis sur différentes choses ont donné une raison pour justifier cette situation. Neuf personnes ont indiqué que les services sont satisfaisants et qu'elles n'avaient pas besoin d'intervenir; deux disent ne pas avoir eu l'occasion de le faire; une déclare n'avoir ni demandé ni offert aucune aide; une dernière croit la question non pertinente parce que la personne âgée dont elle s'occupe est en foyer de soins spécial. Dans la région de la Péninsule acadienne, le pourvoyeur de soins naturel ayant dit avoir rarement fait savoir ses préférences a indiqué qu'il ne connaissait pas les services existants.

20 et 21. Que feriez-vous si vous aviez un problème avec les services que vous recevez? Et que feriez-vous si vous aviez une suggestion ou un commentaire à faire par rapport aux services? - Les options suivantes ont été mentionnées.

Distribution des réponses au questionnaire (suite)

Question	Personnes âgées		Pourvoyeurs de soins	
	Fred(n=22) %	Pén. acad. (n=19) %	Fred(n=24) %	Pén. acad. (n=25) %
En parler à sa famille ou à son entourage	25	5	–	–
En parler à une personne du PEU	25	50	80	82
En parler au responsable des agences de service	14	11	12	8
En parler à son médecin	7	–	–	–
Se débrouiller	9	–	–	–
Ne sait pas	16	18	6	–
Pas de réponse	5	16	2	10
22. Selon vous, jusqu'à quel point ce programme est-il nécessaire pour vous permettre de vivre dans votre demeure?				
Pas du tout	0	5	0	8
Peu	0	0	0	4
Assez	32	11	38	8
Tout à fait	45	79	46	72
Ne peut dire	23	5	17	8
23. Souhaitez-vous vivre encore longtemps dans votre demeure?				
Oui	68	84	75	80
24. De façon globale, jusqu'à quel point diriez-vous que votre expérience avec ce programme est positive?				
Pas du tout	0	5	0	4
Peu	14	0	25	4
Assez	68	16	46	12
Tout à fait	14	74	29	72
Ne peut dire	5	11	0	8

Commentaires - Aucun élément particulier du Point d'entrée unique n'a été mentionné par plusieurs personnes comme ayant été positif ou négatif. Les expériences sont diverses. Ainsi, pour les personnes âgées interrogées, être à nouveau capable de se déplacer par soi-même (mentionné 4 fois), demeurer chez-soi (7 fois), avoir de la compagnie (6 fois), se sentir en sécurité (3 fois) sont des éléments jugés comme étant positifs. D'autre part, ressentir de la gêne

lors des soins personnels (2 fois), avoir eu de la difficulté avec l'aide familiale au début (8 fois) sont des éléments soulignés comme étant négatifs.

Du point de vue des pourvoyeurs de soin, recevoir de l'aide (mentionné 18 fois) de bonne qualité (4 fois), bénéficier d'un service de relève (6 fois), bénéficier d'équipements spéciaux (3 fois) sont des éléments jugés comme étant positifs. Une expérience positive relevée plusieurs fois (15) est celle d'un sentiment de sécurité et de paix de l'esprit suscité par les changements apportés par le Point d'entrée unique. Cela veut dire par exemple avoir quelqu'un avec qui partager la responsabilité, avec qui parler des problèmes. Trois personnes disent apprécier le peu de liberté que cela leur apporte.

Les expériences négatives relevées concernent des difficultés précises rencontrées au cours de l'année: démarches longues et difficiles (mentionné 3 fois), manque de support infirmier lors d'une crise (1 fois), manque de consultation lors d'un changement d'auxiliaire familiale (1 fois), départ de la personne assurant la relève avant l'arrivée du pourvoyeur (1 fois), absence sans avis (2 fois). Une personne s'inquiète de la permanence du projet; une autre déclare que les soins à donner prennent beaucoup de son temps; deux pourvoyeurs naturels se disent souvent inquiets. Trois personnes mentionnent le trop long délai encouru pour les remboursements de sommes payées pour divers services.

Autres commentaires - Quelques pourvoyeurs de soins naturels ont répondu à l'invitation de formuler d'autres commentaires. Chacun des éléments suivants ont été mentionné une fois: avoir accès à domicile aux services d'un psychologue; avoir accès à un programme d'exercices à domicile; améliorer le suivi des services; avoir accès à des services durant les fins de semaine. Une personne se demande pourquoi on ne paierait pas la personne qui consacre son temps à s'occuper d'une personne âgée de sa famille. Deux personnes s'inquiètent de l'impact du salaire très bas offert aux auxiliaires familiales, une autre mentionne l'importance des critères lors du recrutement et de l'embauche de ces auxiliaires.

ANNEXE D

COMPILATION DES RÉPONSES ET COMMENTAIRES DES PROFESSIONNELS DU POINT D'ENTRÉE UNIQUE

Tous les professionnels impliqués dans le Point d'entrée unique, travailleurs sociaux et travailleurs de la santé, ont répondu au questionnaire qui leur a été adressé soit: 22 personnes de la région de Fredericton et 27 de la région de la Péninsule acadienne. Chaque personne devait choisir sur une échelle en quatre points (difficulté minime, difficulté moyenne, difficulté élevée et difficulté très élevée) celui qui représentait le mieux son opinion. Au moment de la compilation des résultats, une technique de pondération a été utilisée afin d'assurer un poids égal à l'opinion des professionnels impliqués.

Question 1: Pour chacune des étapes suivantes du Point d'entrée unique, indiquez le degré de difficulté que vous rencontrez actuellement.

ÉTAPES D'ÉVALUATION / DEGRÉ DE DIFFICULTÉ	FRED (N=22) % pondéré	PÉN (N=27) % pondéré	Les deux régions % pondéré
A. Évaluation du cas			
Minime	41	30	35
Moyenne	45	32	39
Élevée	14	36	25
Très élevée	0	0	0
Ne peut dire	0	3	1
B. Plan de services			
Minime	23	30	26
Moyenne	59	41	50
Élevée	18	24	21
Très élevée	0	0	0
Ne peut dire	0	5	3
C. Présentation au panel			
Minime	50	32	41
Moyenne	36	41	39
Élevée	5	22	13
Très élevée	0	0	0
Ne peut dire	9	5	7
ÉTAPES RELIÉES AU PLAN DE SERVICE / DEGRÉ DE DIFFICULTÉ			
D. Mise en place du plan			
Minime	18	34	26
Moyenne	68	39	54
Élevée	14	17	15
Très élevée	0	3	1
Ne peut dire	0	5	3
Information non pertinent	0	3	1
E. Suivi du plan de services			
Minime	9	32	20
Moyenne	36	49	42
Élevée	32	12	22
Très élevée	23	3	13
Ne peut dire	0	3	1
Information non pertinent	0	3	1

L'étude des résultats montre que l'évaluation du cas présente actuellement une difficulté minime pour 35% des professionnels, la préparation du plan de services, pour 26% d'entre eux et la présentation du cas au panel, pour 41% d'entre eux. Aucun des professionnels ne dit rencontrer de difficulté élevée dans l'une ou l'autre des étapes du processus d'évaluation.

La mise en place du plan de services présente une difficulté minime pour 26% des professionnels et une difficulté moyenne pour 54% d'entre eux. Le suivi à assurer se révèle être une tâche plus difficile à réaliser: c'est la tâche qui recueille le plus grand nombre (13%) de mentions "difficulté très élevée". Cependant, 20% des professionnels disent qu'il s'agit-là d'une tâche de difficulté minime.

Commentaires - Chaque commentaire relevé ci-dessous est suivi d'une indication du nombre de personnes de chaque région qui ont fait ce commentaire. A la question 1, des commentaires ont été fait concernent le manque de temps pour effectuer un travail satisfaisant (Fred.: 5 commentaires; Pén. acad.: 6). Quelques professionnels font remarquer qu'à cause du volume d'information contenu dans le questionnaire d'évaluation, il est parfois difficile d'arriver à une synthèse (Fred:1; Pén. acad.: 5) et qu'il est souvent impossible d'évaluer correctement un cas à l'occasion d'une seule visite (Fred.: 4). L'on constate l'existence de cas très complexes et de cas où il est très difficile de choisir entre la recommandation d'un placement en foyer de soins spéciaux et celle d'un placement en foyer de soins (Pén. acad.:2). Ces cas limites augmentent la difficulté de la tâche. On note de plus le manque d'information sur les exigences ou les procédures en rapport avec la présentation d'un cas au panel et l'effet de ce manque sur la difficulté de la tâche (Fred.: 2; Pén. acad.: 7).

Concernant la mise en place du plan de service, les commentaires nous apprennent la difficulté de trouver les services convenant à la situation (Fred.: 5 commentaires; Pén. acad.: 5) et la difficulté de trouver une personne (pourvoyeur de services) capable d'assumer un grand nombre d'heures sur une base régulière - quotidienne ou hebdomadaire (Fred.: 2 ; Pén. acad.: 2). Les commentaires nous apprennent que la difficulté sinon l'impossibilité du suivi du plan de services provient d'une charge de travail trop lourde ayant comme conséquences le manque de temps à y consacrer (Fred.: 7 commentaires; Pén. acad.: 1) et l'obligation de répondre à d'autres priorités (Fred.: 4 ; Pén. acad.: 4). La seule chose que l'on puisse faire est de demander aux clients d'appeler dès qu'un problème se présente (Fred.: 2)

Question 2: Nommez les deux éléments du Point d'entrée unique qui vous ont le plus intéressé ou aidé.

L'approche multidisciplinaire est souvent relevée comme un aspect intéressant du Point unique d'entrée: cette approche permet d'apprendre, de comprendre, d'avoir une vision élargie d'une situation, de définir des attentes communes (Fred.: 18 commentaires; Pén. acad.: 16). Plusieurs professionnels ont apprécié la possibilité d'offrir aux personnes âgées frêles une alternative viable au foyer de soins (Fred.: 7; Pén. acad.: 4).

Question 3:. Quel impact le Point d'entrée unique a-t-il actuellement sur votre tâche?

Grande augmentation du volume de la tâche (Fred.: 19 commentaires; Pén. acad.: 20), retard impossible à rattraper (Fred.: 2 ; Pén. acad.: 1), déplacement de priorités (Fred.: 9 ; Pén. acad.: 6) et manque de ressources humaines (Fred.: 7 ; Pén. acad.: 6) sont autant de facettes du principal impact du projet pilote relevé par 72% des professionnels.

Question 4: Parmi les activités que vous faites, y en a-t-il que vous considérez particulièrement reliées à une approche par gestion de cas? Lesquelles (en mentionner deux si possible) ?

Les professionnels considèrent des tâches très diverses comme faisant partie de l'approche par gestion de cas: participer à une conférence de cas, assurer le suivi du plan de services, coordonner les services, gérer pour le client (lui fournir enseignement et conseils), conseiller, recommander..Du point de vue des professionnels, cette approche ne semble pas spécifique au Point d'entrée unique. La réponse à cette question a été omise par 50% des répondants et répondantes.

Question 5: L'évaluation du cas (instrument et processus) est une étape majeure du Point d'entrée unique. Marquez d'un x le point indiquant votre satisfaction par rapport à la possibilité d'identifier les besoins réels de la personne âgée par le biais de cette évaluation.

	FRED (N=22) % pondéré	PÉN (N=27) % pondéré	Les deux régions % pondéré
Très faible	9	0	5
Faible	50	24	37
Bonne	32	56	44
Très bonne	9	14	12
Ne peut dire	0	5	3

Question 6: Le formulaire d'évaluation du cas permet de recueillir un grand nombre d'informations. Marquez d'un x le point indiquant votre avis sur la proportion de ces informations qui est utile pour bien identifier les besoins de la personne âgée et préparer un plan de services vraiment adéquat dans le cadre du Point d'entrée unique.

Moins de 40%	5	14	9
40 à 59%	32	19	26
60 à 79%	41	17	29
Plus de 80%	23	44	34
Ne peut dire	0	5	3

Question 7: Jusqu'à quel point selon vous les résultats de cette évaluation (nombre et qualité des informations obtenues, etc.) justifient-ils le temps et l'énergie que vous y consacrez? Marquez d'un x le point indiquant votre avis.

Pas du tout	9	0	5
Peu	41	36	38
Assez bien	45	40	43
Tout à fait	0	15	7
Ne peut dire	5	10	7

Question 8: Marquez d'un x le point indiquant selon vous la qualité de la coordination entre les intervenants et intervenantes qui oeuvrent auprès de la personne âgée inscrite au Point d'entrée unique

Très faible	0	14	7
Faible	45	27	36
Bonne	27	34	31
Très bonne	18	13	15
Ne peut dire	9	13	11

La plupart des commentaires font référence à la coordination du travail en tant qu'équipe multidisciplinaire. À ce stade-ci du projet, chacun et chacune connaît mieux le travail de l'autre (Fred.: 1 commentaire; Pén. acad.: 3). On considère l'évaluation d'un cas et la préparation du plan de services comme les principaux mécanismes de coordination (Fred.: 2). On constate une grande volonté d'accomplir ces tâches mais une grande difficulté d'y arriver (Fred.: 6; Pén. acad : 11). Les principales difficultés relevées sont l'horaire de travail des intervenants de l'Hôpital extra-mural (Fred.: 6; Pén. acad.: 14), les autres responsabilités de ces intervenants notamment la responsabilité de patients en soins aigus (Fred.: 3; Pén. acad.: 3) et, dans la région de Fredericton, l'éloignement géographique des bureaux (Fred.: 3). On a en commun le bien du client (Pén. acad.: 1).

Question 9: Marquez d'un x le point indiquant selon vous le degré d'amélioration de cette coordination entre les intervenants et intervenantes qui oeuvrent auprès de la personne âgée frêle depuis le Point d'entrée unique.

Nulle	14	0	7
Peu notable	32	29	30
Notable	45	34	40
Très grande	5	24	14
Ne peut dire	5	13	9

Question 10: Marquez d'un x le point qui montre combien vous avez l'impression de faire partie d'une équipe multidisciplinaire?

	FRED (N=22) % pondéré	PÉN (N=27) % pondéré	Les deux régions % pondéré
Pas du tout	5	14	9
Peu	14	26	20
Assez	73	34	54
Tout à fait	9	20	15
Ne peut dire	0	5	3

Question 11: Marquez d'un x le point indiquant selon vous le degré d'efficacité du partage actuel des responsabilités entre les membres de l'équipe multidisciplinaire du Point d'entrée unique?

Très peu	0	21	11
Peu	18	19	19
Assez	73	35	54
Tout à fait	9	10	10
Ne peut dire	0	15	7

Les commentaires donnent deux suggestions pour la région de Fredericton: que les dates limites deviennent une responsabilité mieux partagée (Fred.: 2 commentaires); que l'échange d'information entre professionnels soit facilité ou accéléré de diverses façons (Fred.: 5). Les commentaires provenant de la Péninsule acadienne indiquent que l'on constate une amélioration à ce chapitre mais il demeure que la responsabilité de prendre l'initiative soit trop souvent celle des travailleurs sociaux (Pén. acad.: 5). Une suggestion: les travailleurs de la santé pourraient être responsables des clients qui demandent leur admission dans un foyer de soins (Pén. acad.: 1).

Question 12: Marquez d'un x le point indiquant selon vous le degré d'amélioration du lien entre l'équipe de planification des congés des hôpitaux et l'équipe du Point unique d'entrée en rapport avec les cas de personnes âgées frêles depuis le début du projet.

Nulle	23	3	13
Peu notable	9	0	5
Notable	27	50	39
Très grande	0	3	1
Ne peut dire	41	45	43

Question 13: Selon vous, quelle proportion des clients et clientes inscrites au Point d'entrée unique ont appris de nouvelles façons de faire pour mieux prendre soin d'eux ou d'elles-mêmes depuis le début du projet?

25% ou moins	36	0	18
26 à 50%	18	34	26
51 à 75%	5	15	10
Plus de 75%	5	5	5
Ne peut dire	36	46	41

Question 14: Selon vous, quelle proportion des personnes agissant comme pourvoyeur naturel de soins auprès d'une personne âgée inscrite au Point d'entrée unique, ont appris de nouvelles façons de faire pour mieux remplir leur rôle depuis le début du projet?

25% ou moins	23	0	11
26 à 50%	23	12	17
51 à 75%	18	18	18
Plus de 75%	5	17	11
Ne peut dire	32	54	43

Question 15: Selon vous, quelle proportion des personnes inscrites au Point d'entrée unique ont participé aux décisions les concernant?

	FRED (N=22) % pondéré	PÉN (N=27) % pondéré	Les deux régions % pondéré
% des clients			
25% ou moins	0	8	4
26 à 50%	5	19	12
51 à 75%	32	13	22
Plus de 75%	50	34	42
Ne peut dire	14	27	20
% des pourvoyeurs			
25% ou moins	5	3	4
26 à 50%	0	10	5
51 à 75%	32	20	26
Plus de 75%	50	48	49
Ne peut dire	14	20	17

Question 16: Décrivez la réaction de la majorité des clients et clientes et de leurs pourvoyeurs et pourvoyeuses de soins face au processus d'évaluation multidisciplinaire en indiquant leur degré d'inquiétude, d'agacement et de satisfaction, à l'aide de l'échelle suivante:

Réactions des clients			
Inquiétudes			
Nulle	0	0	0
Faible	23	24	24
Moyenne	23	27	25
Grande	0	29	14
Ne peut dire	55	20	37
Agacement			
Nulle	0	10	5
Faible	41	41	41
Moyenne	5	26	15
Grande	0	0	0
Ne peut dire	55	23	39
Satisfaction			
Nulle	0	0	0
Faible	5	0	2
Moyenne	55	63	59
Grande	18	20	19
Ne peut dire	23	18	20
Réaction des pourvoyeurs de soins			
Inquiétude			
Nulle	9	10	10
Faible	18	26	22
Moyenne	18	34	26
Grande	0	7	4
Ne peut dire	55	23	39
Agacement			
Nulle	5	10	7
Faible	36	27	32
Moyenne	5	26	15
Grande	0	14	7
Ne peut dire	55	23	39
Satisfaction			
Nulle	0	0	0
Faible	5	0	2
Moyenne	50	65	58
Grande	23	18	20
Ne peut dire	23	18	20

Le taux d'abstention pour les questions traitant du degré d'inquiétude et d'agacement vient de ce que près de 75% des infirmiers et infirmières de la région de Fredericton et près de 50% de ces mêmes professionnels de la région de la Péninsule acadienne ne se sont pas sentis concernés par ces questions. Pour ce qui est des travailleuses et travailleurs sociaux, 36% n'ont pas répondu à ces questions dans la région de Fredericton alors qu'ils ont tous répondu dans la région de la Péninsule acadienne.

Question 17: Marquez d'un x le point indiquant selon vous le degré d'impact que le Point unique d'entrée a eu sur la demande de services communautaires (services sociaux et services de santé).

	FRED (N=22) % pondéré	PÉN (N=27) % pondéré	Les deux régions % pondéré
Peu notable	9	3	6
Notable	32	34	33
Très grand	55	54	54
Ne peut dire	5	10	7

Question 18: À votre avis, le Point d'entrée unique a-t-il eu des effets inattendus? Lesquels?

Plusieurs professionnels relèvent diverses prises de conscience dans le milieu: constater et comprendre que la vieillesse n'est pas une maladie (Fred.: 1 commentaire), constater qu'en général les personnes âgées désirent de l'aide avant tout pour garder leur autonomie (Fred.: 2), constater la possibilité réelle de demeurer à domicile avec de l'aide (Pén. acad.: 2). On souligne qu'il y a plus de placements en foyer de soins spéciaux (Pén. acad.: 1) et que les membres d'une famille sont prêts à contribuer financièrement pour offrir des services à la personne âgée frêle (Pén. acad.: 1). On souligne aussi qu'en général les agences de services n'étaient pas préparées pour une telle augmentation dans la demande (Fred.: 1). Un effet inattendu maintes fois mentionné est celui de l'augmentation continue de la charge de travail (Fred.: 6; Pén. acad.: 3). Enfin, on souligne que l'emphase et la priorité ont été mises sur le Point unique d'entrée aux dépens des clients et clientes des autres programmes (Fred.: 2; Pén. acad.: 1).

Question 19: À votre avis, le Point d'entrée unique est-il une stratégie, une approche permettant de vraiment répondre aux besoins des personnes âgées frêles?

Très peu	0	0	0
Peu	32	3	17
Assez bien	64	46	55
Tout à fait	5	49	27
Ne peut dire	0	3	1

L'étude des commentaires reçus permet de constater que la majorité des professionnels croient que l'augmentation des ressources de tout ordre est nécessaire pour assurer une réelle réponse aux besoins (Fred.: 6 commentaires; Pén. acad.: 7).

Question 20: Comment le Point d'entrée unique répond-t-il à vos attentes professionnelles?

Tous les aspects du Point d'entrée unique en font un projet valorisant au plan professionnel (Fred.: 13 commentaires; Pén. acad.: 18). Ce qui l'a rendu peu satisfaisant au début, c'est l'impression d'avoir fait des commentaires qui n'ont pas été entendus (Fred.: 1). Ce qui l'a rendu peu satisfaisant tout au long de l'année, ce sont surtout les conditions dans lesquelles il a été mis à l'essai: absence de développement des ressources communautaires avant le lancement du projet (Fred.: 2), méconnaissance des charges de travail actuelles (Fred.: 10; Pén. acad.: 4), manque de temps pour effectuer de façon satisfaisante les tâches nécessaires et notamment l'évaluation malgré un outil ayant un si grand potentiel (Fred.: 1; Pén. acad.: 1), manque constant de ressources (Fred.: 4; Pén. acad.: 2).

ANNEXE E

COMPILATION DES RÉPONSES AU QUESTIONNAIRE ADRESSÉ AUX ORGANISMES AYANT PARTICIPÉ DE PRÈS À LA MISE À L'ESSAI

Un questionnaire a été adressé, en décembre 1990, aux personnes dirigeant des organismes impliqués de près à la mise à l'essai du modèle, dans le but de connaître leur opinion sur le Point d'entrée unique et de connaître les impacts de ce modèle sur leur organisme.

Le taux de réponse à ce questionnaire est élevé: 14 des 16 foyers de soins ont retourné le questionnaire ce qui représente un taux de participation de 87,5%; 16 des 20 pourvoyeurs de services (87,5%) et 8 des 10 hôpitaux contactés (80%).

PREMIÈRE PARTIE - Le Point d'entrée unique comporte plusieurs objectifs concernant la clientèle des personnes âgées frêles, personnes qui risquent de perdre leur autonomie. Nous aimerions connaître votre avis à propos des objectifs suivants:

1. Le Point d'entrée unique vise à maintenir l'autonomie de la personne âgée frêle demeurant chez elle en leur offrant par le biais des Services sociaux communautaires et de l'Hôpital extra-mural les services dont elles ont besoin. Quel est votre degré d'accord avec cet objectif?

Degré d'accord	Foyer de soins		Pourv. de services		Hôpital		Total pondéré
	N=14	%	N=16	%	N=8	%	%
Faible	1	7	1	6	0	0	4
Moyen	5	36	3	19	0	0	18
Grand	0	0	5	31	2	25	19
Très grand	5	36	7	44	6	75	51
Ne peut dire	3	21	0	0	0	0	7

2. Le Point d'entrée unique vise à maintenir l'autonomie de la personne âgée frêle en conservant ou augmentant leur capacité à prendre soin d'elles-mêmes pour qu'elles puissent continuer à vivre aussi longtemps que possible dans leur milieu. Quel est votre degré d'accord avec cet objectif?

Degré d'accord	Foyer de soins		Pourv. de services		Hôpital		Total pondéré
	N=14	%	N=16	%	N=8	%	%
Faible	2	14	1	6	0	0	7
Moyen	3	21	4	25	0	0	15
Grand	0	0	5	31	1	13	15
Très grand	6	43	6	38	7	88	56
Ne peut dire	3	21	0	0	0	0	7

3. Lorsque la personne âgée frêle a quelqu'un de son entourage qui s'occupe d'elle et lui donne des soins, le Point d'entrée unique vise à maintenir ou accroître la capacité de ce pourvoyeur de soins naturel afin que la personne âgée frêle puisse continuer à vivre aussi longtemps que possible dans son milieu naturel. Quel est votre degré d'accord avec cet objectif?

Degré d'accord	Foyer de soins		Pourv. de services		Hôpital		Total pondéré
	N=14	%	N=16	%	N=8	%	%
Faible	2	14	2	13	0	0	9
Moyen	4	29	4	25	0	0	18
Grand	2	14	6	38	2	25	26
Très grand	3	21	4	25	6	75	40
Ne peut dire	3	21	0	0	0	0	7

4. Le Point d'entrée unique vise à ce que la personne âgée frêle ou le pourvoyeur de soins naturel dont la vie est touchée par une décision prenne part au processus qui permet d'arriver à cette décision. Quel est votre degré d'accord avec cet objectif?

Degré d'accord	Foyer de soins		Pourv. de services		Hôpital		Total pondéré
	N=14	%	N=16	%	N=8	%	%
Faible	2	14	1	6	0	0	7
Moyen	3	21	4	25	0	0	15
Grand	1	7	5	31	3	38	25
Très grand	5	36	6	38	5	63	45
Ne peut dire	3	21	0	0	0	0	7

5. Le Point d'entrée unique vise à permettre à la personne âgée frêle de n'envisager l'entrée dans un foyer de soins (milieu institutionnel) qu'après avoir envisagé toutes les possibilités offertes par son milieu communautaire. Quel est votre degré d'accord avec cet objectif?

Degré d'accord	Foyer de soins		Pourv. de services		Hôpital		Total pondéré
	N=14	%	N=16	%	N=8	%	%
Faible	2	14	2	13	0	0	9
Moyen	2	14	2	13	0	0	9
Grand	1	7	6	38	3	38	27
Très grand	8	57	5	31	5	63	50
Ne peut dire	1	7	1	6	0	0	4

Commentaires à propos des objectifs du Point d'entrée unique - Quel que soit l'objectif dont il est question, on insiste sur la nécessité de ne pas contraindre, de bien s'assurer du désir et de la capacité de la personne impliquée, personne âgée frêle ou pourvoyeur de soins; un total de 14 mentions vont dans ce sens. On souligne également la nécessité d'offrir les services 24 heures sur 24 (1 mention), d'offrir le niveau de services approprié (4 mentions), de faire plus et même beaucoup plus pour les pourvoyeurs de soins (5 mentions), de bien juger de leur capacité à assumer la tâche exigée (5 mentions), d'avoir recours à des options réalistes (3 mentions).

DEUXIÈME PARTIE - Les objectifs et procédures du Point d'entrée unique ont déjà eu divers impacts. Nous cherchons à connaître les changements que le Point d'entrée unique amène dans votre organisme et à estimer l'ampleur de ces changements.

6. Le Point d'entrée unique a-il un impact sur votre organisme?

Impact	Foyer de soins		Pourv. de services		Hôpital		Total pondéré
	N=14	%	N=16	%	N=8	%	%
Oui	13	93	16	100	7	88	93
Non	1	7	0	0	1	13	7

7. À votre avis, quelle est l'ampleur de l'impact du Point unique d'entrée sur votre organisme?

Ampleur de l'impact	Foyer de soins		Pourv. de services		Hôpital		Total pondéré
	N=14	%	N=16	%	N=8	%	%
Faible	2	14	6	38	0	0	17
Moyenne	3	21	5	31	1	13	22
Grande	3	21	3	19	5	63	34
Très grande	5	36	2	13	1	13	20
Ne peut dire	1	7	0	0	1	13	7

Les questions 8 et 9 portaient sur les impacts. L'analyse des résultats est présentée au chapitre VII de ce rapport.

10. Par suite du Point d'entrée unique, chaque région aura à mettre en valeur ou à développer un ensemble de services communautaires tels que services d'aide familiale, de relève, de repas à domicile, de visites amicales, de physiothérapie, d'ergothérapie, etc., pour répondre aux besoins de la personnes âgée frêle. À votre avis, quelle est l'ampleur de cet impact?

Ampleur de l'impact	Foyer de soins		Pourv. de services		Hôpital		Total pondéré
	N=14	%	N=16	%	N=8	%	%
Faible	1	7	1	6	0	0	4
Moyenne	2	14	2	13	0	0	9
Grande	3	21	3	19	2	25	22
Très grande	4	29	8	50	6	75	51
Ne peut dire	4	29	2	13	0	0	14

Commentaires - Les services sont la base du succès du Point d'entrée unique (2 mentions). Il faudrait que les services soient disponibles partout sans exception (2 mentions), actuellement, les besoins sont plus grands que les services disponibles (2 mentions). De temps à autre l'hôpital est encore utilisé comme ressource de relève (1 mention).

11. Par suite du Point d'entrée unique, les membres d'organismes impliqués auprès de la personne âgée frêle auront à revoir leur attitude personnelle et leur approche professionnelle en fonction de cette clientèle. À votre avis, quelle est l'ampleur de cet impact?

Ampleur de l'impact	Foyer de soins		Pourv. de services		Hôpital		Total pondéré
	N=14	%	N=16	%	N=8	%	%
Faible	0	0	3	19	1	13	10
Moyenne	1	7	2	13	0	0	7
Grande	3	21	2	13	2	25	20
Très grande	7	50	6	38	4	50	46
Ne peut dire	3	21	3	19	1	13	18

Commentaires - Plusieurs mentionnent que leur attitude et leur approche est adaptée aux personnes âgées auprès desquelles elles travaillent depuis longtemps (5 mentions).

12. Par suite du Point d'entrée unique, la population en général et la personne âgée en particulier aura à comprendre l'importance d'accepter des responsabilités personnelles à l'égard de son bien-être et de sa santé. À votre avis, quelle est l'ampleur de cet impact?

Ampleur de l'impact	Foyer de soins		Pourv. de services		Hôpital		Total pondéré
	N=14	%	N=16	%	N=8	%	%
Faible	1	7	2	13	1	13	11
Moyenne	2	14	4	25	1	13	17
Grande	3	21	4	25	0	0	15
Très grande	6	43	3	19	6	75	46
Ne peut dire	2	14	3	19	0	0	11

Commentaires - Il est important d'être réaliste à ce sujet (2 mentions), accepter des responsabilités personnelles à l'égard de son bien-être et de sa santé est plus une question de capacité physique et morale qu'une question de contrainte (1 mention). Cela se fait déjà, nous avons pour preuve le nombre de personnes âgées frêles qui acceptent de demeurer chez-elles avec de l'aide (1 mention).

13. Pour rencontrer ses objectifs, le Point d'entrée unique exige que les agents de la communauté impliqués auprès des personnes âgées frêles (travailleurs sociaux, infirmières, médecins, autres professionnels de la santé, pourvoyeurs de services, etc.) forment une équipe multidisciplinaire. À votre avis, quelle est l'ampleur de cet impact?

Ampleur de l'impact	Foyer de soins		Pourv. de services		Hôpital		Total pondéré
	N=14	%	N=16	%	N=8	%	%
Faible	0	0	1	6	0	0	2
Moyenne	2	14	4	25	0	0	13
Grande	3	21	2	13	3	38	24
Très grande	6	43	7	44	5	63	50
Ne peut dire	3	21	2	13	0	0	11

Commentaires - Le travail en équipe est déjà un état de fait (4 mentions). Il faut veiller cependant à ne pas travailler loin des personnes âgées, à ne pas multiplier les rencontres et les rapports de toute sorte (1 mention). Il y a un besoin de structuration pour améliorer la communication à propos de cas particuliers.

Les points forts du Point d'entrée unique - Plusieurs personnes indiquent que le Point d'entrée unique donne aux personnes âgées frêles qui le désirent la réelle possibilité de continuer à vivre dans leur demeure (14 mentions). Le grand nombre d'options et de services disponibles est relevé comme point fort du Point d'entrée unique (9 mentions). L'accès à une évaluation plus complète (8 mentions) et la meilleure coordination par le biais de l'équipe multidisciplinaire (7 mentions) sont également soulignés comme point fort du Point d'entrée unique. Enfin, quelques effets positifs du projet sont mentionnés: diminution du temps d'attente pour entrer dans un foyer de soins (3 mentions) et meilleure utilisation des ressources et des places disponibles dans les hôpitaux et les foyers de soins (4 mentions), meilleurs soins de santé pour les personnes âgées (1 mention).

Les points à améliorer - Plusieurs suggestions ont été faites pour l'amélioration du fonctionnement du Point d'entrée unique. Nous relevons ici les idées principales qui se dégagent des commentaires faits.

- L'évaluation et le processus administratif devrait être complétés dans de meilleurs délais (5 mentions).
- On devrait mettre en place une méthode de communication uniforme spécialement avec les pourvoyeurs de services (3 mentions).
- Il faudrait bien établir la nuance entre informer, motiver et obliger. La personne âgée devrait avoir le droit de décider de son avenir (2 mentions).
- Il faudrait trouver des moyens d'améliorer la situation des auxiliaires familiales et par le fait même le service offert: bloc de 35 à 40 heures par semaine garanti, formation additionnelle, rémunération supplémentaire pour travail hors des heures régulières ou en fin de semaine (9 mentions).
- Il faudrait que les services annoncés soient accessibles le jour, la nuit et les fins de semaine (2 mentions).
- Il faudrait une meilleure évaluation de la santé mentale (1 mention).
- Il faudrait bien évaluer l'impact du Point d'entrée unique sur le pourvoyeur de soins naturel et agir en conséquence (2 mentions).
- Il faudrait prendre en considération l'impact du Point d'entrée unique sur les institutions et procéder aux ajustements requis au plan des ressources et de l'environnement (4 mentions).

ANNEXE F

COMPILATION DES RÉPONSES AU QUESTIONNAIRE ADRESSÉ AUX DÉPOSITAIRES D'ENJEUX

Un questionnaire a été adressé, en décembre 1990, aux présidents ou présidentes de 18 associations ou regroupements provinciaux détenant des enjeux en rapport avec le modèle du Point d'entrée unique. Ce questionnaire visait à connaître l'opinion de ces associations et regroupements sur les objectifs du Point d'entrée unique, sur certains impacts de ce modèle, sur ces points forts et enfin sur les améliorations à y apporter.

Un total de 12 réponses ont été reçues. De plus, une lettre de l'Association des foyers de soins du Nouveau-Brunswick nous informait qu'elle était engagée dans sa propre enquête sur les incidences du Point d'entrée unique et bien qu'appréciant avoir l'occasion d'émettre son point de vue par le biais de notre étude, il lui apparaissait peu approprié de le faire à ce moment-ci. Les réponses reçues proviennent des associations et regroupements listés ci-dessous. Si plus d'un membre a répondu, les réponses ont été compilées en une seule dans la présente étude.

Association canadienne des physiothérapeutes - section Nouveau-Brunswick
Association des ergothérapeutes du Nouveau-Brunswick
Association des Foyers de soins spéciaux du Nouveau-Brunswick
Association des hôpitaux du Nouveau-Brunswick
Association des infirmiers et infirmières du Nouveau-Brunswick
Association du Nouveau-Brunswick pour l'économie familiale (4 membres)
Commission de la santé mentale du Nouveau-Brunswick
Fédération citoyens ainés du NB
Infirmières de l'ordre de Victoria
Société canadienne de la Croix-rouge
Société d'Alzheimer
Société médicale du Nouveau-Brunswick (8 membres)

PREMIÈRE PARTIE - Le Point d'entrée unique comporte plusieurs objectifs concernant la clientèle des personnes âgées frêles, personnes en risque de perdre leur autonomie. Nous aimerions connaître l'avis de votre association à propos des objectifs suivants:

1. Le Point d'entrée unique vise à maintenir l'autonomie des personnes âgées frêles demeurant chez elles en leur offrant par le biais des Services sociaux communautaires et de l'Hôpital extra-mural les services dont elles ont besoin.

   (Degré d'accord par rapport à cet objectif: Faible = 1; Moyen = 2; Grand = 3; Très grand = 4)

   RÉSULTAT MOYEN: GRAND ACCORD (3,4)

2. Le Point d'entrée unique vise à maintenir l'autonomie des personnes âgées frêles en maintenant ou augmentant leur capacité à prendre soin d'elles-mêmes pour qu'elles puissent continuer à vivre aussi longtemps que possible dans leur milieu.

   (Degré d'accord par rapport à cet objectif: Faible = 1; Moyen = 2; Grand = 3; Très grand = 4)

   RÉSULTAT MOYEN: GRAND ACCORD (3,3)

3. Lorsque la personne âgée frêle a quelqu'un de son entourage qui s'occupe d'elle et lui donne des soins, le Point d'entrée unique vise à maintenir ou accroître la capacité de ce pourvoyeur de soins naturel afin que la personne âgée frêle puisse continuer à vivre aussi longtemps que possible dans son milieu naturel.

   (Degré d'accord par rapport à cet objectif: Faible = 1; Moyen = 2; Grand = 3; Très grand = 4)

   RÉSULTAT MOYEN: GRAND ACCORD (3,2)

4. Le Point d'entrée unique vise à ce que la personne âgée frêle ou le pourvoyeur de soins naturel dont la vie est touchée par une décision prenne part au processus qui permet d'arriver à cette décision.

(Degré d'accord par rapport à cet objectif: Faible = 1; Moyen = 2; Grand = 3; Très grand = 4)

RÉSULTAT MOYEN: TRÈS GRAND ACCORD (3,7)

5. Le Point d'entrée unique vise à permettre à la personne âgée frêle de n'envisager l'entrée dans un foyer de soins (milieu institutionnel) qu'après avoir envisagé toutes les possibilités offertes par son milieu communautaire.

(Degré d'accord par rapport à cet objectif: Faible = 1; Moyen = 2; Grand = 3; Très grand = 4)

RÉSULTAT MOYEN: GRAND ACCORD (3,1)

Quelques commentaires formulés en rapport avec l'une ou l'autre des questions de cette première partie mettent en évidence que l'atteinte des objectifs du Point d'entrée unique est liée à la complète disponibilité des services proposés par le modèle de même qu'à une meilleure connaissance des besoins des pourvoyeurs de soins naturels et à un meilleur soutien de ces personnes clés du modèle.

DEUXIÈME PARTIE - Les objectifs et procédures du Point d'entrée unique ont déjà eu divers impacts. Nous cherchons à connaître les changements que le Point d'entrée unique amène et à estimer l'ampleur de ces changements.

6. Par suite du Point d'entrée unique, chaque région aura à mettre en valeur ou à développer un ensemble de services communautaires tels que services d'aide familiale, de relève, de repas à domicile, de visites amicales, physiothérapie, ergothérapie, etc., pour répondre aux besoins des personnes âgées frêles.

(Ampleur de cet impact: Faible = 1; Moyenne = 2; Grande = 3; Très grande = 4)

RÉSULTAT MOYEN: IMPACT DE GRANDE AMPLEUR (2,9)

7. Par suite du Point d'entrée unique, les services communautaires connaîtront un changement de clientèle.

(Ampleur de cet impact: Faible = 1; Moyenne = 2; Grande = 3; Très grande = 4)

RÉSULTAT MOYEN: IMPACT D'AMPLEUR MOYENNE (2,4)

8. Par suite du Point d'entrée unique, les institutions connaîtront un changement de clientèle.

(Ampleur de cet impact: Faible = 1; Moyenne = 2; Grande = 3; Très grande = 4)

RÉSULTAT MOYEN: IMPACT DE GRANDE AMPLEUR (3,1)

9. Par suite du Point d'entrée unique, les membres de votre association qui seront impliqués auprès des personnes âgées frêles auront à revoir leur attitude personnelle et leur approche professionnelle en fonction de cette clientèle.

(Ampleur de cet impact: Faible = 1; Moyenne = 2; Grande = 3; Très grande = 4)

RÉSULTAT MOYEN: IMPACT D'AMPLEUR MOYENNE (1,8)

10. Par suite du Point d'entrée unique, la population en général et la personne âgée en particulier aura à comprendre l'importance d'accepter des responsabilités personnelles à l'égard de son bien-être et de sa santé.

(Ampleur de cet impact: Faible = 1; Moyenne = 2; Grande = 3; Très grande = 4)

RÉSULTAT MOYEN: IMPACT DE GRANDE AMPLEUR (2,8)

11. Pour rencontrer ses objectifs, le Point d'entrée unique exige que les agents de la communauté impliqués auprès des personnes âgées frêles (travailleurs sociaux, infirmières, médecins, autres professionnels de la santé, pourvoyeurs de soins formels, etc.) forment une équipe multidisciplinaire.

(Ampleur de cet impact: Faible = 1; Moyenne = 2; Grande = 3; Très grande = 4)

RÉSULTAT MOYEN: IMPACT DE GRANDE AMPLEUR (2,8)

La synthèse des commentaires formulés figure dans le Chapitre X du rapport.

TROISIÈME PARTIE - Suite à la mise à l'essai du Point d'entrée unique au cours de cette année, nous aimerions connaître l'avis de votre association à propos de ce qui fera du Point d'entrée unique une réussite et de ce qui d'autre part devrait être amélioré.

13. Veuillez décrire deux des points forts du Point d'entrée unique tel que mis à l'essai actuellement?

Les forces du Point d'entrée unique relevées par les douze dépositaires d'enjeux ayant répondu au questionnaire peuvent se situer sur trois plans. Les personnes âgées frêles d'abord: on souligne que leur donner la possibilité de rester le plus longtemps possible dans leur milieu familial et social c'est aussi préserver leur autonomie et leur valeur humaine personnelle. D'autre part, la diminution de la liste d'attente permet un accès plus rapide au foyer de soins pour les personnes qui en ont besoin. Plusieurs des forces du Point d'entrée unique se situent au plan professionnel: la multidisciplinarité permettant une approche hollistique est un point fort du modèle. L'on perçoit une meilleure coordination et une meilleure évaluation ce qui a pour effet, entre autres, une meilleure utilisation des ressources financières et humaines dans la communauté, dans les foyers de soins et dans les hôpitaux. Une personne du groupe souligne que le Point d'entrée unique stimule l'esprit communautaire.

14. Veuillez décrire deux des points à améliorer dans le modèle mis à l'essai actuellement?

Les points à améliorer sont présentés ci-dessous sous forme de bref énoncés. La synthèse de cet ensemble de commentaires est présentée au Chapitre X Les suggestions y sont regroupées par thèmes.

- Améliorer la communication entre l'équipe du Point d'entrée unique et le médecin traitant.
- Impliquer le médecin de famille dans toute la démarche.
- Développer un mécanisme, par exemple un formulaire, pour signaler le cas au médecin en mettant en évidence l'urgence et le but de la référence.
- Renforcer la collaboration multidisciplinaire.
- Augmenter la conscience des problèmes des personnes très âgées chez les évaluateurs et les évaluatrices.
- Rendre la démarche plus économe au point de vue temps à y consacrer.
- Impliquer davantage les agences de services dans le projet; les impliquer dès le début.
- Aider (au plan financier notamment) les associations à établir et à coordonner des groupes d'entraide.
- Informer les pourvoyeurs de soins formels ou informels des besoins particuliers reliés à certains états de santé, la maladie d'Alzeimer par exemple.
- Procéder par observation plutôt que par interrogation pour évaluer les capacités fonctionnelles des personnes âgées.
- Confier à des spécialistes l'évaluation des capacités fonctionnelles.
- Mettre en évidence dans le formulaire d'évaluation multidisciplinaire les indicateurs d'un besoin de référence pour évaluation spécialisée.
- Confier à des ergothérapeutes l'évaluation de la mobilité et des capacités dans le domaine des activités de vie quotidienne.
- S'assurer que dans chaque région la gamme complète des services est disponible y inclus l'évaluation gériatrique et les centres de jours (day care).
- Rendre accessibles dans toute la région les services existants.
- Rendre les services accessibles en tout temps: 24 heures par jour, 7 jours par semaine.
- Apporter plus d'appui aux pourvoyeurs de soins naturels qui en ont besoin.
- Offrir un service de santé mentale à domicile.
- S'assurer de respecter le choix des personnes âgées et de leurs pourvoyeurs de soins naturels.

ANNEXE G

DONNEES POUR LE PROFIL GENERAL DE DIFFERENTES CLIENTELES PARTICIPANT AU PROJET DU POINT D'ENTREE UNIQUE

Les renseignements inscrits entre le premier novembre '89 et le 30 septembre '90 dans le formulaire d'évaluation pour soins continus du Nouveau-Brunswick ont été utilisés pour décrire le profil générale de différentes clientèles dans le cadre du projet Point d'entrée unique. Les éléments utilisés pour décrire ce profil sont les suivants:

Age	Perception de la santé	Liens avec le pourvoyeur
Sexe	Nombre de visites médicales	Pourvoyeur additionnel
Langue parlée	Pourvoyeur requis	Risque si pas de pourvoyeur
Etat civil	Pourvoyeur disponible	Revenu annuel
Mode de vie	Aide d'un pourvoyeur acceptée	Sources de référence
Logement	Pourvoyeur connu	

Un profil général a été préparé pour étudier les caractéristiques des personnes âgées frêles formant la cohorte de démonstration (Chapitre II de ce rapport). De même, un profil général a été préparé pour étudier les caractéristiques de l'ensemble des cas des personnes âgées frêles - caseload (Chapitre V de ce rapport). Enfin, un autre profil a été préparé pour deux groupes de personnes choisies dans le but d'étudier la liste d'attente pour les foyers de soins (Chapitre VIII de ce rapport)

Caractéristique par région	Cohorte de démonstration						Autres cas étudiés						Liste d'attente pour les foyers de soins			
	Cohorte de départ		Cohorte actuelle mars '90		Cohorte actuelle sept '90		Nouveaux cas		Cas réévalués Système		Cas réévalués Trav/client		Groupe A		Groupe B	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
AGE																
Fredericton																
Moins de 65	0	0					2	3	0	0	1	4	0	0	0	0
65-69	1	2					9	15	3	9	2	7	1	4	0	0
70-74	12	20					8	13	6	18	5	19	1	4	7	23
75-79	6	10					11	18	5	15	3	11	2	8	2	7
80-84	14	23					16	27	7	21	4	15	6	23	11	37
85-89	13	22					11	18	4	12	6	22	4	15	5	17
90-94	10	17					1	2	8	24	5	19	8	31	3	10
95-102	4	7					2	3	0	0	0	0	4	15	2	7
Inf. manquante											1	4				
Total	60	100					60	100	33	100	27	100	26	100	30	100
Pén. acad.																
Moins de 65	0	0					0	0	0	0	0	0	0	0	5	17
65-69	5	9					12	24	1	4	0	0	1	7	1	3
70-74	1	2					8	16	3	12	3	12	0	0	2	7
75-79	13	23					7	14	7	28	7	28	6	43	7	23
80-84	17	30					13	27	5	20	8	32	0	0	3	10
85-89	14	25					7	14	3	12	5	20	5	36	9	30
90-94	5	9					2	4	2	8	1	4	2	14	3	10
95-102	2	4					0	0	1	4	0	0	0	0	0	0
Inf. manquante									3	12	1	4				
Total	57	100					49	100	25	100	25	100	14	100	30	100
SEXE																
Fredericton																
Masculin	15	25					19	32	8	24	5	19	8	31	12	40
Féminin	45	75					41	68	25	76	22	81	18	69	18	60
Total	60	100					60	100	33	100	27	100	26	100	30	100
Pén. acad.																
Masculin	21	37					16	33	11	44	9	36	7	50	19	63
Féminin	36	63					33	67	14	56	16	64	7	50	11	37
Total	57	100					49	100	25	100	25	100	14	100	30	100
LANGUE																
Fredericton																
Anglaise	48	80														
Française	0	0														
Les deux	12	20														
Total	60	100														

Caractéristique par région	Cohorte de démonstration						Autres cas étudiés						Liste d'attente pour les foyers de soins			
	Cohorte de départ		Cohorte actuelle mars '90		sept '90		Nouveaux cas		Cas réévalués Système		Trav/client		Groupe A		Groupe B	
LANGUE																
Pén. acad.																
Anglaise	1	2														
Française	49	86														
Les deux	7	12														
Total	57	100														
ÉTAT CIVIL																
Fredericton																
Célibataire	10	17					3	5	5	15	3	11	7	27	6	20
Marié-e	20	33					23	38	5	15	6	22	7	27	11	37
Séparée	0	0					1	2	0	0	1	4	0	0	0	0
Veuf-ve	30	50					32	53	21	64	17	63	12	46	11	37
Inf. manquante							1	2	2	6					2	7
Total	60	100					60	100	33	100	27	100	26	100	30	100
Pén. acad.																
Célibataire	4	7					4	8	2	8	3	12	3	21	6	20
Marié-e	28	49					14	29	9	36	6	24	5	36	13	43
Séparée	0	0					4	8	0	0	5	20	0	0	1	3
Veuf-ve	24	42					27	55	13	52	10	40	5	36	10	33
Inf. manquante	1	2							1	4	1	4	1	7		
Total	57	100					49	100	25	100	25	100	14	100	30	100
MODE DE VIE																
Fredericton																
Vit seul, seule	13	22	12	24	11	22	20	33	21	64	15	56	6	23	5	17
Avec époux(se)	19	32	16	32	16	32	20	33	3	9	3	11	5	19	7	23
Avec époux(se) & enf	2	3	2	4	2	4	2	3	2	6	1	4	2	8	2	7
Avec fille	4	7	3	6	3	6	7	12	0	0	2	7	3	12	1	3
Avec fils	2	3	2	4	2	4	2	3	3	9	2	7	1	4	4	13
Avec autre parent	3	5	3	6	2	4	3	5	1	3	0	0	1	4	0	0
Avec aide payée	8	13	5	10	5	10	2	3	0	0	1	4	4	15	1	3
Autre mode	8	13	7	14	9	18	4	7	3	9	3	11	4	15	10	33
Inf. manquante	1	2														
Total	60	100	50	100	50	100	60	100	33	100	27	100	26	100	30	100
Pén. acad.																
Vit seul, seule	7	12	5	12	4	10	12	24	8	32	8	32	1	7	2	7
Avec époux(se)	22	39	13	32	12	29	10	20	8	32	3	12	6	43	7	23
Avec époux(se) & enf	3	5	3	7	4	10	3	6	0	0	2	8	0	0	3	10
Avec fille	12	21	12	29	10	24	5	10	0	0	2	8	1	7	1	3
Avec fils	8	14	5	12	5	12	7	14	2	8	2	8	2	14	2	7
Avec autre parent	2	4	1	2	2	5	5	10	0	0	2	8	1	7	0	0
Avec aide payée	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Autre mode	2	4	2	5	4	10	6	12	7	28	6	24	2	14	15	50
Inf. manquante	1	2											1	7		
Total	57	100	41	100	41	100	49	100	25	100	25	100	14	100	30	100
LOGEMENT																
Fredericton																
Propre maison					28	56	35	58	25	76	15	56			11	37
Maison louée					1	2	1	2	0	0	0	0			0	0
Appartement loué					3	6	8	13	3	9	4	15			2	7
Log. pour pers. âgées					1	2	2	3	2	6	3	11			1	3
Chambre et pension					0	0	2	3	0	0	0	0			0	0
Foyer de soins sp.					7	14	0	0	1	3	1	4			0	0
Autre					10	20	11	18	1	3	2	7			13	43
Inf. manquante					0	0	1	2	1	3	2	7			3	10
Total					50	100	60	100	33	100	27	100			30	100
Pén. acad.																
Propre maison					21	51	27	55	16	64	12	48			11	37
Maison louée					1	2	2	4	0	0	1	4			0	0
Appartement loué					3	7	4	8	0	0	1	4			0	0
Log. pour pers. âgées					2	5	3	6	4	16	2	8			2	7
Chambre et pension					1	2	5	10	0	0	1	4			0	0
Foyer de soins sp.					2	5	1	2	1	4	4	16			2	7
Autre					11	27	7	14	4	16	4	16			15	50

Caractéristique par région	Cohorte de démonstration						Autres cas étudiés						Liste d'attente pour les foyers de soins			
	Cohorte de départ		Cohorte actuelle mars '90		sept '90		Nouveaux cas		Cas réévalués Système		Trav/client		Groupe A		Groupe B	
PERCEPTION SANTE	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Fredericton																
Bonne					22	44	27	45	21	64	9	33			11	37
Moyenne					19	38	21	35	6	18	13	48			8	27
Mauvaise					9	18	12	20	6	18	5	19			8	27
Inf. manquante															3	10
Total					50	100	60	100	33	100	27	100			30	100
Pén. acad.																
Bonne					11	27	16	33	17	68	5	20			6	20
Moyenne					22	54	29	59	5	20	12	48			11	37
Mauvaise					8	20	4	8	3	12	7	28			12	40
Inf. manquante											1	4			1	3
Total					41	100	49	100	25	100	25	100			30	100
VISITES MÉDICALES/AN																
Fredericton																
0					1	2	0	0	0	0	0	0			0	0
(1-2)					10	20	17	28	13	39	7	26			4	13
(3-4)					12	24	12	20	7	21	5	19			2	7
(5-6)					3	6	2	3	3	9	2	7			2	7
(7-12)					9	18	16	27	8	24	9	33			2	7
(13-26)					2	4	1	2	1	3	1	4			0	0
(27-52)					2	4	1	2	0	0	0	0			3	10
(+ 52)					0	0	0	0	0	0	1	4			0	0
Au besoin					6	12	7	12	0	0	0	0			5	17
Hôpital					2	4	1	2	0	0	1	4			3	10
Autre					3	6	1	2	1	3	0	0			5	17
Inf. manquante							2	3			1	4			4	13
Total					50	100	60	100	33	100	27	100			30	100
Pén. acad.																
0					2	5	3	6	0	0	0	0			1	3
(1-2)					7	17	8	16	2	8	3	12			2	7
(3-4)					5	12	4	8	3	12	2	8			2	7
(5-6)					4	10	4	8	4	16	1	4			2	7
(7-12)					3	7	4	8	3	12	6	24			1	3
(13-26)					0	0	2	4	0	0	0	0			0	0
(27-52)					0	0	1	2	1	4	1	4			1	3
(+ 52)					0	0	0	0	1	4	0	0			0	0
Au besoin					10	24	18	37	10	40	8	32			10	33
Hôpital					0	0	0	0	1	4	1	4			5	17
Autre					7	17	3	6	0	0	1	4			3	10
Inf. manquante					3	7	2	4	0	0	2	8			3	10
Total					41	100	49	100	25	100	25	100			30	100
POURVOYEUR REQUIS																
Fredericton																
Non	8	13	6	12	9	18	12	20	6	18	6	22	5	19	2	7
Oui	47	78	39	78	40	80	46	77	24	73	21	78	20	77	25	83
Inf. manquante	5	8	5	10	1	2	2	3	3	9			1	4	3	10
Total	60	100	50	100	50	100	60	100	33	100	27	100	26	100	30	100
Pén. acad.																
Non	12	21	7	17	5	12	9	18	4	16	1	4	2	14	6	20
Oui	44	77	33	80	34	83	40	82	21	84	23	92	11	79	24	80
Inf. manquante	1	2	1	2	2	5	0	0	0	0	1	4	1	7	0	0
Total	57	100	41	100	41	100	49	100	25	100	25	100	14	100	30	100
POURVOYEUR DISPONIBLE																
Fredericton																
Non	7	12	5	10	8	16	9	15	2	6	2	7	3	12	12	40
Oui	40	67	34	68	41	82	48	80	25	76	23	85	18	69	14	47
Inf. manquante	13	22	11	22	1	2	3	5	6	18	2	7	5	19	4	13
Total	60	100	50	100	50	100	60	100	33	100	27	100	26	100	30	100
Pén. acad.																
Non	3	5	2	5	4	10	10	20	7	28	8	32	1	7	16	53
Oui	50	88	37	90	35	85	37	76	18	72	16	64	10	71	13	43
Inf. manquante	4	7	2	5	2	5	2	4			1	4	3	21	1	3

Caractéristique par région	Cohorte de démonstration						Autres cas étudiés						Liste d'attente pour les foyers de soins			
	Cohorte de départ		Cohorte actuelle mars '90		Cohorte actuelle sept '90		Nouveaux cas		Cas réévalués Système		Cas réévalués Trav/client		Groupe A		Groupe B	
AIDE ACCEPTÉE	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Fredericton																
Non	1	2	0	0	3	6	3	5	0	0	0	0	1	4	1	3
Oui	44	73	36	72	42	84	49	82	25	76	25	93	20	77	16	53
? ou np	15	25	14	28	5	10	8	13	8	24	2	7	5	19	13	43
Total	60	100	50	100	50	100	60	100	33	100	27	100	26	100	30	100
Pén. acad.																
Non	1	2	0	0	0	0	3	6	1	4	2	8	0	0	0	0
Oui	49	86	37	90	39	95	44	90	23	92	20	80	10	71	27	90
? ou np	7	12	4	10	2	5	2	4	1	4	3	12	4	29	3	10
Total	57	100	41	100	41	100	49	100	25	100	25	100	14	100	30	100
POURVOYEUR CONNU																
Fredericton																
Non	2	3	1	2	8	16	11	18	1	3	4	15	0	0	11	37
Oui	58	97	49	98	42	84	48	80	26	79	22	81	26	100	18	60
? ou np							1	2	6	18	1	4			1	3
Total	60	100	50	100	50	100	60	100	33	100	27	100	26	100	30	100
Pén. acad.																
Non	1	2	1	2	0	0	0	0	4	16	3	12	1	7	4	13
Oui	56	98	40	98	41	100	47	96	21	84	22	88	13	93	26	87
? ou np							2	4								
Total	57	100	41	100	41	100	49	100	25	100	25	100	14	100	30	100
LIENS AVEC POURV.																
Fredericton																
Fille	8	13			9	18	17	28	3	9	6	22	5	19	5	17
Fils	6	10			9	18	6	10	10	30	3	11	3	12	4	13
Epoux(se)	12	20			14	28	13	22	4	12	4	15	3	12	5	17
Parenté	8	13			11	22	7	12	8	24	8	30	4	15	4	13
Ami-e	1	2			1	2	3	5	1	3	0	0	0	0	0	0
Foyer de soins sp.	4	7			0	0	0	0	0	0	0	0	3	12	0	0
? ou np	21	35			6	12	14	23	7	21	6	22	8	31	12	40
Total	60	100			50	100	60	100	33	100	27	100	26	100	30	100
Pén. acad.																
Fille	21	37			21	51	19	39	4	16	9	36	3	21	5	17
Fils	10	18			7	17	8	16	4	16	5	20	2	14	7	23
Epoux(se)	4	7			7	17	6	12	7	28	2	8	1	7	7	23
Parenté	4	7			2	5	13	27	3	12	3	12	0	0	6	20
Ami-e	3	5			3	7	1	2	1	4	3	12	1	7	1	3
Foyer de soins sp.	4	7			0	0	0	0	0	0	0	0	4	29	0	0
? ou np	11	19			1	2	2	4	6	24	3	12	3	21	4	13
Total	57	100			41	100	49	100	25	100	25	100	14	100	30	100
POURV. ADDITIONNEL																
Fredericton																
Aucun	37	62	30	60	40	80	40	67	20	61	14	52	11	42	26	87
Un	23	38	20	40	10	20	19	32	7	21	12	44	15	58	3	10
? ou np							1	2	6	18	1	4			1	3
Total	60	100	50	100	50	100	60	100	33	100	27	100	26	100	30	100
Pén. acad.																
Aucun	20	35	16	39	18	44	19	39	14	56	11	44	6	43	20	67
Un	37	65	25	61	22	54	28	57	11	44	14	56	8	57	10	33
? ou np					1	2	2	4								
Total	57	100	41	100	41	100	49	100	25	100	25	100	14	100	30	100
RISQUE SI PAS POURV.																
Fredericton																
Non	10	17	10	20	7	14	25	42	16	48	9	33	10	38	1	3
Oui	39	65	32	64	42	84	33	55	17	52	17	63	14	54	25	83
inf. manquante	11	18	8	16	1	2	2	3	0	0	1	4	2	8	4	13
Total	60	100	50	100	50	100	60	100	33	100	27	100	26	100	30	100
Pén. acad.																
Non	11	19	13	32	13	32	29	59	25	100	19	76	3	21	2	7
Oui	46	81	28	68	28	68	20	41	0	0	4	16	11	79	28	93
inf. manquante											2	8				
Total	57	100	41	100	41	100	49	100	25	100	25	100	14	100	30	100

Caractéristique par région	Cohorte de démonstration						Autres cas étudiés						Liste d'attente pour les foyers de soins			
	Cohorte de départ		Cohorte actuelle mars '90		sept '90		Nouveaux cas		Cas réévalués Système		Trav/client		Groupe A		Groupe B	
REVENU ANNUEL	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Fredericton																
Moins de10 000$					15	30	21	35	17	52	12	44			15	50
(10 000-14 999)					17	34	18	30	5	15	9	33			9	30
(15 000-19 999)					9	18	11	18	7	21	4	15			2	7
(20 000+)					8	16	8	13	3	9	1	4			1	3
inf. non divulguée					1	2	2	3	1	3	1	4			3	10
Total					50	100	60	100	33	100	27	100			30	100
Pén. acad.																
Moins de10 000$					25	61	33	67	15	60	16	64			24	80
(10 000-14 999)					12	29	13	27	6	24	7	28			2	7
(15 000-19 999)					3	7	2	4	4	16	1	4			0	0
(20 000+)					1	2	1	2	0	0	1	4			1	3
inf. non divulguée															3	10
Total					41	100	49	100	25	100	25	100			30	100
SOURCES DE RÉFÉRENCE																
Fredericton																
Santé publique							3	5								
Institution							17	28							0	0
Santé-autre							3	5							9	30
Auxiliaire familiale							3	5							2	7
Maintien du revenu							1	2							0	0
Autre agence sociale							6	10							0	0
Parenté							15	25							1	3
Gens de l'entourage							6	10							9	30
Moi-même							3	5							1	3
inf. manquante							3	5							0	0
Total							60	100							8	27
Pén. acad.															30	100
Santé publique							1	2								
Institution							0	0							0	0
Médecin							3	6							1	3
Santé-autre							2	4							2	7
Auxiliaire familiale							1	2							1	3
Maintien du revenu							1	2							0	0
Autre agence sociale							26	53							0	0
Gens de l'entourage							2	4							22	73
Moi-même							13	27							0	0
Total							49	100							4	13
															30	100

ANNEXE H

DONNÉES POUR LE PROFIL DES BESOINS DE DIFFÉRENTES CLIENTÈLES PARTICIPANT AU PROJET DU POINT D'ENTRÉE UNIQUE

Les renseignements inscrits entre le premier novembre 1989 et le 30 septembre 1990 dans le formulaire d'évaluation pour soins continus du Nouveau-Brunswick ont été utilisés pour décrire le profil des besoins de différentes clientèles dans le cadre du projet Point d'entrée unique. Ce profil de l'évaluation multidisciplinaire comprend six domaines de besoins qui tout en étant distincts sont reliés entre eux par leurs effets réciproques. Ces domaines sont les suivants:

1) L'état de santé physique - une vingtaine d'éléments servent à définir et à évaluer la santé physique. Les informations recueillies concernent entre autres la communication (vue, ouie, expression et compréhension), l'organisation personnelle (médicaments, sommeil, régime alimentaire) et les grandes fonctions corporelles (respiration, circulation, élimination).
2) La mobilité - diminution de la force physique, des sensations, de la coordination musculaire, rigidité et diminution de l'équilibre sont autant de problèmes de fonctionnement physique qui peuvent handicaper la personne âgée et réduire sa mobilité tant à l'intérieur qu'à l'extérieur.
3) Les activités de la vie quotidienne - Se nourrir, se vêtir, faire sa toilette, etc. sont des activités considérées essentielles à la survie et au bien-être individuels. Conserver son autonomie, c'est conserver un niveau de santé physique et mentale assez élevé pour être capable de mener de façon autonome ces activités de la vie quotidienne.
4) Les activités instrumentales de la vie quotidienne - Il s'agit ici d'un ensemble d'activités qui doivent se dérouler quotidiennement pour le bon fonctionnement d'une maisonnée. Ce sont des activités telles que faire les emplettes, préparer les repas, faire l'entretien ménager, effectuer les transactions bancaires, etc.
5) L'état de santé mentale - La santé mentale est le point d'appui de l'autonomie individuelle. L'agilité d'esprit, l'orientation dans l'espace et le temps, la mémoire et la capacité de jugement et de décision définissent la santé mentale dans le présent contexte.
6) L'état psychosocial - La participation à la vie familiale ou sociale peut être plus ou moins satisfaisante et agréable selon que la personne âgée est accablée ou non par des problèmes tels que l'anxiété, la dépression, des tendances à la méfiance ou à l'agressivité. Un ensemble de dix-sept éléments sont examinés sous le titre d'état psychosocial.

L'état des besoins a été exprimé sur une échelle en quatre points pour les cinq premiers domaines et sur une échelle en trois points pour le sixième domaine, l'état psychosocial. Ces échelles sont les suivantes:

Échelle en quatre points

1 Pas de limite ou de problème et/ou Capacité de s'organiser complètement par soi-même
2 Existence d'une limite ou d'un problème et/ou Capacité de s'organiser avec de l'aide
3 Limite ou problème sérieux et/ou Capacité de s'organiser, besoin de surveillance régulière
4 Limite ou problème grave et/ou Incapacité de s'organiser par soi-même, besoin de surveillance constante

Échelle en trois points

1 Pas de problème; capacité d'agir sans surveillance; aucune intervention nécessaire
2 Existence d'un problème; besoin de surveillance régulière; intervention régulière nécessaire
3 Existence d'un problème; surveillance constante ou interventions fréquentes nécessaires

Un profil des besoins a été préparé pour les personnes âgées frêles formant la cohorte de démonstration dans le but d'étudier la clientèle cible des services enrichis offerts par le Point d'entrée unique (Chapitre III du présent rapport). Un tel profil a également été préparé pour quelques cas choisis dans le but d'étudier l'ensemble des cas (caseload) existant actuellement de même que pour deux groupes de cas choisis dans le but d'étudier la liste d'attente pour les foyers de soins (Chapitre VIII).

Légende:
? ou np = information manquante ou non pertinente

Profil des besoins par région	Cohorte de démonstration						Autres cas étudiés						Liste d'attente pour les foyers de soins			
	Cohorte de départ		Cohorte actuelle mars '90		sept '90		Nouveaux cas		Cas réévalués Système		Trav/clien		Groupe A		Groupe B	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
PREMIER DOMAINE:ÉTAT DE SANTÉ																
Gestion des médicaments																
Fredericton																
1) pas de problème	35	58	29	58	18	36	33	55	25	76	16	59	21	81	3	10
2) existence d'un problème	3	5	3	6	3	6	6	10	2	6	2	7	0	0	3	10
3) problème sérieux	5	8	5	10	6	12	2	3	1	3	0	0	1	4	1	3
4) problème grave	13	22	11	22	17	34	15	25	3	9	6	22	3	12	19	63
? ou np	4	7	2	4	6	12	4	7	2	6	3	11	1	4	4	13
total	60	100	50	100	50	100	60	100	33	100	27	100	26	100	30	100
Pén. acad.																
1) pas de problème	24	42	17	41	14	34	38	78	21	84	17	68	4	29	6	20
2) existence d'un problème	3	5	3	7	0	0	2	4	0	0	1	4	2	14	1	3
3) problème sérieux	3	5	2	5	4	10	0	0	0	0	1	4	0	0	1	3
4) problème grave	26	46	18	44	23	56	7	14	4	16	6	24	7	50	22	73
? ou np	1	2	1	2			2	4					1	7		
total	57	100	41	100	41	100	49	100	25	100	25	100	14	100	30	100
Vue																
Fredericton																
1) pas de problème	34	57	28	56	27	54	48	80	28	85	21	78	14	54	22	73
2) existence d'un problème	19	32	17	34	17	34	8	13	3	9	4	15	8	31	7	23
3) problème sérieux	4	7	3	6	2	4	2	3	1	3	0	0	2	8	0	0
4) problème grave	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	1	4	2	8	0	0
? ou np	3	5	2	4	4	8	1	2	1	3	1	4		0	1	3
total	60	100	50	100	50	100	60	100	33	100	27	100	26	100	30	100
Pén. acad.																
1) pas de problème	38	67	26	63	27	66	45	92	23	92	19	76	10	71	21	70
2) existence d'un problème	16	28	12	29	8	20	3	6	2	8	4	16	3	21	7	23
3) problème sérieux	3	5	3	7	6	15	1	2	0	0	1	4	1	7	2	7
4) problème grave	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
? ou np											1	4				
total	57	100	41	100	41	100	49	100	25	100	25	100	14	100	30	100
Ouie																
Fredericton																
1) pas de problème	40	67	34	68	26	52	49	82	27	82	15	56	16	62	19	63
2) existence d'un problème	14	23	13	26	17	34	9	15	5	15	7	26	5	19	8	27
3) problème sérieux	3	5	2	4	3	6	1	2	0	0	3	11	3	12	1	3
4) problème grave	2	3	1	2	0	0	0	0	0	0	1	4	2	8	1	3
? ou np	1	2			4	8	1	2	1	3	1	4	0	0	1	3
total	60	100	50	100	50	100	60	100	33	100	27	100	26	100	30	100
Pén. acad.																
1) pas de problème	32	56	23	56	22	54	43	88	23	92	19	76	6	43	18	60
2) existence d'un problème	21	37	15	37	16	39	4	8	0	0	2	8	7	50	9	30
3) problème sérieux	3	5	2	5	2	5	2	4	1	4	2	8	1	7	2	7
4) problème grave	1	2	1	2	1	2	0	0	1	4	1	4	0	0	1	3
? ou np											1	4				
total	57	100	41	100	41	100	49	100	25	100	25	100	14	100	30	100
Expression orale																
Fredericton																
1) pas de problème	51	85	43	86	38	76	53	88	31	94	26	96	25	96	21	70
2) existence d'un problème	6	10	5	10	5	10	4	7	1	3	0	0	1	4	5	17
3) problème sérieux	2	3	1	2	1	2	1	2	0	0	0	0	0	0	1	3
4) problème grave	1	2	1	2	2	4	1	2	0	0	0	0	0	0	2	7
? ou np					4	8	1	2	1	3	1	4			1	3
total	60	100	50	100	50	100	60	100	33	100	27	100	26	100	30	100

Profil des besoins (suite)	Cohorte de dépar		Cohorte actuelle mars '90		sept '90		Nouveaux cas		Cas réévalués Système		Trav/clien		Liste d'attente Groupe A		Groupe B	
Expression orale	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Pén. acad.																
1) pas de problème	52	91	37	90	36	88	49	100	24	96	22	88	13	93	25	83
2) existence d'un problème	3	5	3	7	4	10	0	0	1	4	1	4	1	7	1	3
3) problème sérieux	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
4) problème grave	2	4	1	2	1	2	0	0	0	0	2	8	0	0	3	10
total	57	100	41	100	41	100	49	100	25	100	25	100	14	100	30	100
Compréhension																
Fredericton																
1) pas de problème	55	92	45	90	43	86	53	88	32	97	26	96	26	100	24	80
2) existence d'un problème	4	7	4	8	1	2	6	10	0	0	0	0	0	0	4	13
3) problème sérieux	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4) problème grave	1	2	1	2	2	4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
? ou np					4	8	1	2	1	3	1	4			1	3
total	60	100	50	100	50	100	60	100	33	100	27	100	26	100	30	100
Pén. acad.																
1) pas de problème	52	91	37	90	35	85	49	100	23	92	24	96	14	100	20	67
2) existence d'un problème	5	9	4	10	6	15	0	0	1	4	0	0	0	0	5	17
3) problème sérieux	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	0	0	1	3
4) problème grave	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	4	13
total	57	100	41	100	41	100	49	100	25	100	25	100	14	100	30	100
Dentition																
Fredericton																
1) pas de problème	27	45	19	38	17	34	44	73	19	58	10	37	11	42	13	43
2) existence d'un problème	24	40	22	44	21	42	1	2	12	36	15	56	10	38	12	40
3) problème sérieux	9	15	9	18	8	16	11	18	1	3	0	0	5	19	4	13
4) problème grave	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
? ou np					4	8	4	7	1	3	2	7			1	3
total	60	100	50	100	50	100	60	100	33	100	27	100	26	100	30	100
Pén. acad.																
1) pas de problème	31	54	24	59	21	51	36	73	20	80	16	64	10	71	18	60
2) existence d'un problème	18	32	12	29	17	41	11	22	2	8	5	20	2	14	9	30
3) problème sérieux	8	14	5	12	3	7	2	4	3	12	2	8	2	14	2	7
4) problème grave	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
? ou np											2	8			1	3
total	57	100	41	100	41	100	49	100	25	100	25	100	14	100	30	100
Hygiène buccale																
Fredericton																
1) pas de problème	57	95	47	94	44	88	59	98	31	94	25	93	25	96	28	93
2) existence d'un problème	3	5	3	6	2	4	1	2	1	3	0	0	1	4	1	3
3) problème sérieux	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4) problème grave	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
? ou np					4	8			1	3	2	7			1	3
total	60	100	50	100	50	100	60	100	33	100	27	100	26	100	30	100
Pén. acad.																
1) pas de problème	55	96	39	95	39	95	49	100	24	96	24	96	13	93	28	93
2) existence d'un problème	1	2	1	2	1	2	0	0	1	4	1	4	0	0	2	7
3) problème sérieux	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4) problème grave	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
? ou np	1	2	1	2	1	2							1	7		0
total	57	100	41	100	41	100	49	100	25	100	25	100	14	100	30	100
Régime alimentaire																
Fredericton																
1) pas de problème	42	70	35	70	32	64	48	80	23	70	22	81	18	69	17	57
2) existence d'un problème	14	23	11	22	8	16	8	13	3	9	3	11	6	23	6	20
3) problème sérieux	3	5	4	8	6	12	4	7	1	3	1	4	1	4	6	20
4) problème grave	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	0	0
? ou np					4	8			6	18	1	4			1	3
total	60	100	50	100	50	100	60	100	33	100	27	100	26	100	30	100

Profil des besoins (suite)	Cohorte de départ		Cohorte actuelle mars '90		sept '90		Nouveaux cas		Cas réévalués Système		Trav/client		Liste d'attente Groupe A		Groupe B	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Régime alimentaire																
Pén. acad.																
1) pas de problème	45	79	35	85	36	88	41	84	25	100	20	80	13	93	23	77
2) existence d'un problème	4	7	3	7	4	10	7	14	0	0	1	4	1	7	3	10
3) problème sérieux	7	12	3	7	1	2	1	2	0	0	3	12	0	0	4	13
4) problème grave	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
? ou np											1	4				
total	57	100	41	100	41	100	49	100	25	100	25	100	14	100	30	100
Hydratation																
Fredericton																
1) pas de problème	51	85	43	86	39	78	55	92	29	88	24	89	26	100	22	73
2) existence d'un problème	7	12	5	10	3	6	3	5	2	6	1	4	0	0	4	13
3) problème sérieux	2	3	2	4	4	8	1	2	1	3	0	0	0	0	2	7
? ou np					4	8	1	2	1	3	2	7			2	7
total	60	100	50	100	50	100	60	100	33	100	27	100	26	100	30	100
Pén. acad.																
1) pas de problème	47	82	36	88	39	95	47	96	25	100	21	84	14	100	25	83
2) existence d'un problème	3	5	2	5	1	2	2	4	0	0	3	12	0	0	2	7
3) problème sérieux	7	12	3	7	1	2	0	0	0	0	1	4	0	0	3	10
4) problème grave																
total	57	100	41	100	41	100	49	100	25	100	25	100	14	100	30	100
Soins de la peau																
Fredericton																
1) pas de problème	41	68	34	68	28	56	51	85	23	70	17	63	21	81	15	50
2) existence d'un problème	4	7	3	6	5	10	1	2	1	3	2	7	2	8	1	3
3) problème sérieux	8	13	8	16	4	8	1	2	3	9	3	11	2	8	1	3
4) problème grave	7	12	5	10	9	18	5	8	4	12	4	15	1	4	12	40
? ou np					4	8	2	3	2	6	1	4			1	3
total	60	100	50	100	50	100	60	100	33	100	27	100	26	100	30	100
Pén. acad.																
1) pas de problème	48	84	33	80	33	80	45	92	23	92	21	84	13	93	18	60
2) existence d'un problème	0	0	0	0	5	12	2	4	0	0	0	0	1	7	1	3
3) problème sérieux	4	7	3	7	0	0	0	0	1	4	2	8	0	0	1	3
4) problème grave	5	9	5	12	3	7	2	4	1	4	1	4	0	0	10	33
? ou np											1	4				
total	57	100	41	100	41	100	49	100	25	100	25	100	14	100	30	100
Élimination urinaire																
Fredericton																
1) pas de problème	40	67	32	64	26	52	49	82	26	79	22	81	20	77	15	50
2) existence d'un problème	4	7	3	6	4	8	1	2	0	0	0	0	1	4	2	7
3) problème sérieux	8	13	7	14	8	16	4	7	5	15	3	11	5	19	3	10
4) problème grave	8	13	8	16	8	16	6	10	0	0	0	0	0	0	9	30
? ou np					4	8			2	6	2	7			1	3
total	60	100	50	100	50	100	60	100	33	100	27	100	26	100	30	100
Pén. acad.																
1) pas de problème	44	77	32	78	32	78	44	90	24	96	23	92	10	71	14	47
2) existence d'un problème	2	4	2	5	2	5	1	2	0	0	0	0	0	0	2	7
3) problème sérieux	2	4	1	2	4	10	1	2	0	0	0	0	2	14	3	10
4) problème grave	9	16	6	15	3	7	3	6	1	4	0	0	2	14	11	37
? ou np											2	8				
total	57	100	41	100	41	100	49	100	25	100	25	100	14	100	30	100
Élimination intestinale																
Fredericton																
1) pas de problème	43	72	35	70	30	60	50	83	28	85	21	78	23	88	15	50
2) existence d'un problème	4	7	3	6	3	6	3	5	2	6	0	0	1	4	0	0
3) problème sérieux	6	10	5	10	4	8	3	5	2	6	4	15	0	0	4	13
4) problème grave	7	12	7	14	9	18	4	7	0	0	1	4	2	8	10	33
? ou np					4	8			1	3	1	4			1	3
total	60	100	50	100	50	100	60	100	33	100	27	100	26	100	30	100

Profil des besoins (suite)	Cohorte de départ		Cohorte actuelle mars '90		Cohorte actuelle sept '90		Nouveaux cas		Cas réévalués Système		Cas réévalués Trav/clien		Liste d'attente Groupe A		Liste d'attente Groupe B	
Élimination intestinale	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Pén. acad.																
1) pas de problème	44	77	31	76	27	66	44	90	24	96	23	92	12	86	15	50
2) existence d'un problème	4	7	3	7	8	20	2	4	0	0	1	4	0	0	1	3
3) problème sérieux	2	4	2	5	3	7	1	2	0	0	1	4	1	7	3	10
4) problème grave	7	12	5	12	3	7	2	4	1	4	0	0	1	7	11	37
total	57	100	41	100	41	100	49	100	25	100	25	100	14	100	30	100
Soulagement de la douleur																
Fredericton																
1) pas de problème	49	82	40	80	32	64	53	88	25	76	22	81	24	92	16	53
2) existence d'un problème	4	7	4	8	6	12	1	2	1	3	1	4	0	0	4	13
3) problème sérieux	4	7	4	8	3	6	5	8	1	3	1	4	1	4	2	7
4) problème grave	2	3	1	2	5	10	0	0	0	0	2	7	0	0	7	23
? ou np	1	2	1	2	4	8	1	2	6	18	1	4	1	4	1	3
total	60	100	50	100	50	100	60	100	33	100	27	100	26	100	30	100
Pén. acad.																
1) pas de problème	40	70	29	71	31	76	45	92	22	88	21	84	12	86	21	70
2) existence d'un problème	11	19	7	17	8	20	1	2	2	8	2	8	2	14	2	7
3) problème sérieux	1	2	1	2	2	5	3	6	0	0	1	4	0	0	3	10
4) problème grave	3	5	2	5	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	4	13
? ou np	2	4	2	5							1	4				
total	57	100	41	100	41	100	49	100	25	100	25	100	14	100	30	100
Sommeil																
Fredericton																
1) pas de problème	50	83	40	80	33	66	55	92	30	91	22	81	22	85	15	50
2) existence d'un problème	8	13	8	16	12	24	3	5	2	6	2	7	3	12	10	33
3) problème sérieux	1	2	1	2	1	2	1	2	0	0	0	0	0	0	4	13
4) problème grave	1	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	0	0
? ou np					4	8	1	2	1	3	3	11			1	3
total	60	100	50	100	50	100	60	100	33	100	27	100	26	100	30	100
Pén. acad.																
1) pas de problème	43	75	30	73	29	71	46	94	24	96	21	84	13	93	21	70
2) existence d'un problème	10	18	7	17	8	20	0	0	1	4	1	4	1	7	5	17
3) problème sérieux	2	4	2	5	4	10	3	6	0	0	1	4	0	0	4	13
4) problème grave	2	4	2	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
? ou np											2	8				
total	57	100	41	100	41	100	49	100	25	100	25	100	14	100	30	100
Respiration																
Fredericton																
1) pas de problème	48	80	37	74	35	70	53	88	31	94	25	93	23	88	16	53
2) existence d'un problème	5	8	4	8	6	12	1	2	1	3	0	0	1	4	3	10
3) problème sérieux	5	8	3	6	4	8	2	3	0	0	1	4	2	8	6	20
4) problème grave	2	3	2	4	1	2	3	5	0	0	0	0	0	0	4	13
? ou np			4	8	4	8	1	2	1	3	1	4			1	3
total	60	100	50	100	50	100	60	100	33	100	27	100	26	100	30	100
Pén. acad.																
1) pas de problème	52	91	37	90	37	90	48	98	25	100	23	92	14	100	28	93
2) existence d'un problème	1	2	0	0	1	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0
3) problème sérieux	3	5	3	7	3	7	0	0	0	0	1	4	0	0	1	3
4) problème grave	1	2	1	2	0	0	0	0	0	0	1	4	0	0	1	3
total	57	100	41	100	41	100	49	100	25	100	25	100	14	100	30	100
Circulation																
Fredericton																
1) pas de problème	43	72	37	74	26	52	50	83	31	94	20	74	22	85	15	50
2) existence d'un problème	6	10	5	10	7	14	2	3	0	0	1	4	2	8	2	7
3) problème sérieux	9	15	6	12	9	18	4	7	1	3	2	7	2	8	3	10
4) problème grave	2	3	2	4	4	8	3	5	0	0	3	11	0	0	9	30
? ou np					4	8	1	2	1	3	1	4			1	3
total	60	100	50	100	50	100	60	100	33	100	27	100	26	100	30	100

Profil des besoins (suite)	Cohorte de départ		Cohorte actuelle mars '90		Cohorte actuelle sept '90		Nouveaux cas		Cas réévalués Système		Cas réévalués Trav/clien		Liste d'attente Groupe A		Liste d'attente Groupe B	
Circulation	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Pén. acad.																
1) pas de problème	43	75	32	78	28	68	45	92	20	80	21	84	10	71	22	73
2) existence d'un problème	4	7	3	7	7	17	1	2	0	0	1	4	0	0	1	3
3) problème sérieux	4	7	2	5	3	7	1	2	0	0	0	0	1	7	2	7
4) problème grave	6	11	4	10	3	7	2	4	1	4	2	8	3	21	4	13
? ou np						0			4	16	1	4			1	3
total	57	100	41	100	41	100	49	100	25	100	25	100	14	100	30	100
Fonctionnement physique																
Fredericton																
1) pas de problème	33	55	28	56	18	36	42	70	27	82	17	63	20	77	7	23
2) existence d'un problème	3	5	3	6	5	10	5	8	0	0	2	7	0	0	3	10
3) problème sérieux	15	25	11	22	9	18	5	8	3	9	4	15	4	15	6	20
4) problème grave	9	15	8	16	13	26	7	12	2	6	2	7	2	8	12	40
? ou np					5	10	1	2	1	3	2	7			2	7
total	60	100	50	100	50	100	60	100	33	100	27	100	26	100	30	100
Pén. acad.																
1) pas de problème	28	49	19	46	15	37	36	73	22	88	20	80	8	57	5	17
2) existence d'un problème	7	12	4	10	5	12	1	2	1	4	1	4	2	14	3	10
3) problème sérieux	14	25	11	27	16	39	7	14	1	4	3	12	3	21	12	40
4) problème grave	7	12	6	15	5	12	4	8	1	4	0	0	1	7	10	33
? ou np	1	2	1	2			1	2			1	4				
total	57	100	41	100	41	100	49	100	25	100	25	100	14	100	30	100
DEUXIÈME DOMAINE: ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE																
Se nourrir																
Fredericton																
1) pas de problème	44	73	37	74	34	68	53	88	28	85	22		22	85	13	43
2) existence d'un problème	5	8	4	8	5	10	1	2	3	9	1		1	4	5	17
3) problème sérieux	4	7	4	8	3	6	2	3	0	0	2		3	12	1	3
4) problème grave	7	12	5	10	4	8	4	7	2	6	1		0	0	9	30
? ou np					4	8					1				2	7
total	60	100	50	100	50	100	60	100	33	100	27	0	26	100	30	100
Pén. acad.																
1) pas de problème	43	75	31	76	28	68	46	94	24	96	24	96	10	71	20	67
2) existence d'un problème	6	11	4	10	7	17	3	6	1	4	1	4	1	7	2	7
3) problème sérieux	4	7	4	10	3	7	0	0	0	0	0	0	1	7	4	13
4) problème grave	2	4	1	2	2	5	0	0	0	0	0	0	1	7	3	10
? ou np	2	4	1	2	1	2							1	7	1	3
total	57	100	41	100	41	100	49	100	25	100	25	100	14	100	30	100
Se vêtir																
Fredericton																
1) pas de problème	31	52	27	54	21	42	44	73	28	85	20	74	17	65	7	23
2) existence d'un problème	9	15	8	16	7	14	1	2	1	3	0	0	4	15	1	3
3) problème sérieux	8	13	6	12	7	14	6	10	3	9	3	11	2	8	7	23
4) problème grave	12	20	9	18	10	20	8	13	1	3	3	11	3	12	13	43
? ou np					5	10	1	2			1	4			2	7
total	60	100	50	100	50	100	60	100	33	100	27	100	26	100	30	100
Pén. acad.																
1) pas de problème	28	49	19	46	16	39	39	80	22	88	20	80	7	50	5	17
2) existence d'un problème	11	19	8	20	6	15	3	6	2	8	1	4	3	21	4	13
3) problème sérieux	6	11	5	12	4	10	4	8	0	0	3	12	2	14	8	27
4) problème grave	11	19	8	20	9	22	3	6	1	4	1	4	1	7	12	40
? ou np	1	2	1	2	6	15							1	7	1	3
total	57	100	41	100	41	100	49	100	25	100	25	100	14	100	30	100

Profil des besoins (suite)	Cohorte de départ		Cohorte actuelle mars '90		sept '90		Nouveaux cas		Cas réévalués Système		Trav/clien		Liste d'attente Groupe A		Groupe B	
Faire sa toilette	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Fredericton																
1) pas de problème	27	45	24	48	19	38	41	68	25	76	20	74	15	58	5	17
2) existence d'un problème	7	12	6	12	2	4	3	5	1	3	1	4	4	15	3	10
3) problème sérieux	9	15	7	14	12	24	6	10	5	15	3	11	3	12	6	20
4) problème grave	17	28	13	26	12	24	9	15	2	6	2	7	4	15	14	47
? ou np					5	10	1	2			1	4			2	7
total	60	100	50	100	50	100	60	100	33	100	27	100	26	100	30	100
Pén. acad.																
1) pas de problème	32	56	21	51	16	39	40	82	22	88	22	88	8	57	5	17
2) existence d'un problème	6	11	5	12	6	15	4	8	1	4	1	4	2	14	3	10
3) problème sérieux	6	11	5	12	8	20	2	4	1	4	0	0	2	14	8	27
4) problème grave	12	21	10	24	11	27	3	6	1	4	2	8	1	7	13	43
? ou np	1	2											1	7	1	3
total	57	100	41	100	41	100	49	100	25	100	25	100	14	100	30	100
Prendre un bain																
Fredericton																
1) pas de problème	13	22	12	24	7	14	32	53	18	55	12	44	8	31	2	7
2) existence d'un problème	8	13	6	12	2	4	2	3	2	6	1	4	6	23	0	0
3) problème sérieux	15	25	12	24	16	32	7	12	4	12	5	19	7	27	4	13
4) problème grave	24	40	20	40	22	44	18	30	8	24	9	33	5	19	22	73
? ou np					3	6	1	2	1	3					2	7
total	60	100	50	100	50	100	60	100	33	100	27	100	26	100	30	100
Pén. acad.																
1) pas de problème	9	16	5	12	7	17	25	51	18	72	13	52	2	14	1	3
2) existence d'un problème	4	7	1	2	0	0	6	12	3	12	0	0	1	7	0	0
3) problème sérieux	10	18	7	17	3	7	3	6	2	8	4	16	5	36	1	3
4) problème grave	33	58	28	68	31	76	15	31	2	8	7	28	5	36	26	87
? ou np	1	2				0					1	4	1	7	2	7
total	57	100	41	100	41	100	49	100	25	100	25	100	14	100	30	100
Utiliser les toilettes																
Fredericton																
1) pas de problème	36	60	29	58	28	56	49	82	32	97	21	78	17	65	8	27
2) existence d'un problème	4	7	2	4	1	2	2	3	0	0	2	7	2	8	2	7
3) problème sérieux	7	12	6	12	3	6	2	3	1	3	0	0	4	15	3	10
4) problème grave	12	20	12	24	15	30	5	8	0	0	4	15	2	8	15	50
? ou np	1	2	1	2	3	6	2	3					1	4	2	7
total	60	100	50	100	50	100	60	100	33	100	27	100	26	100	30	100
Pén. acad.																
1) pas de problème	37	65	26	63	25	61	41	84	23	92	21	84	10	71	12	40
2) existence d'un problème	6	11	5	12	4	10	2	4	1	4	2	8	1	7	4	13
3) problème sérieux	3	5	2	5	5	12	4	8	0	0	0	0	1	7	1	3
4) problème grave	9	16	7	17	6	15	2	4	1	4	2	8	1	7	12	40
? ou np	2	4	1	2	1	2							1	7	1	3
total	57	100	41	100	41	100	49	100	25	100	25	100	14	100	30	100
Transferts																
Fredericton																
1) pas de problème	38	63	32	64	28	56	47	78	31	94	21	78	20	77	13	43
2) existence d'un problème	2	3	2	4	2	4	1	2	0	0	1	4	2	8	0	0
3) problème sérieux	8	13	5	10	4	8	4	7	1	3	2	7	1	4	4	13
4) problème grave	12	20	11	22	15	30	7	12	1	3	3	11	3	12	11	37
? ou np					1	2	1	2							2	7
total	60	100	50	100	50	100	60	100	33	100	27	100	26	100	30	100
Pén. acad.																
1) pas de problème	30	53	19	46	27	66	42	86	23	92	21	84	10	71	13	43
2) existence d'un problème	8	14	7	17	3	7	2	4	0	0	1	4	1	7	3	10
3) problème sérieux	3	5	2	5	3	7	2	4	0	0	1	4	1	7	3	10
4) problème grave	12	21	10	24	8	20	3	6	2	8	1	4	1	7	10	33
? ou np	4	7	3	7							1	4	1	7	1	3
total	57	100	41	100	41	100	49	100	25	100	25	100	14	100	30	100

Profil des besoins (suite)	Cohorte de départ		Cohorte actuelle mars '90		sept '90		Nouveaux cas		Cas réévalués Système		Trav/clien		Liste d'attente Groupe A		Groupe B	
Soins des pieds	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Fredericton																
1) pas de problème	9	15	7	14	3	6	26	43	9	27	11	41	5	19	2	7
2) existence d'un problème	3	5	3	6	1	2	1	2	0	0	0	0	1	4	0	0
3) problème sérieux	3	5	3	6	3	6	5	8	2	6	2	7	1	4	0	0
4) problème grave	45	75	37	74	39	78	28	47	22	67	14	52	19	73	26	87
? ou np					4	8									2	7
total	60	100	50	100	50	100	60	100	33	100	27	100	26	100	30	100
Pén. acad.																
1) pas de problème	17	30	10	24	5	12	26	53	19	76	15	60	4	29	2	7
2) existence d'un problème	9	16	7	17	3	7	1	2	0	0	2	8	1	7	0	0
3) problème sérieux	2	4	1	2	2	5	2	4	1	4	0	0	2	14	0	0
4) problème grave	28	49	23	56	31	76	20	41	5	20	8	32	6	43	27	90
? ou np	1	2											1	7	1	3
total	57	100	41	100	41	100	49	100	25	100	25	100	14	100	30	100
TROISIÈME DOMAINE: MOBILITÉ																
Mobilité à l'intérieur																
Fredericton																
1) pas de problème	40	67	35	70	31	62	51	85	30	91	22	81	20	77	13	43
2) existence d'un problème	3	5	2	4	3	6	1	2	0	0	1	4	3	12	1	3
3) problème sérieux	8	13	5	10	3	6	3	5	0	0	3	11	1	4	6	20
4) problème grave	9	15	8	16	11	22	5	8	3	9	1	4	2	8	8	27
? ou np					2	4									2	7
total	60	100	50	100	50	100	60	100	33	100	27	100	26	100	30	100
Pén. acad.																
1) pas de problème	36	63	23	56	27	66	41	84	24	96	22	88	10	71	17	57
2) existence d'un problème	7	12	6	15	3	7	2	4	0	0	2	8	2	14	0	0
3) problème sérieux	5	9	5	12	2	5	1	2	0	0	0	0	0	0	1	3
4) problème grave	7	12	6	15	9	22	5	10	1	4	0	0	1	7	11	37
? ou np	2	4	1	2							1	4	1	7	1	3
total	57	100	41	100	41	100	49	100	25	100	25	100	14	100	30	100
Mobilité à l'extérieur																
Fredericton																
1) pas de problème	27	45	24	48	17	34	38	63	21	64	15	56	16	62	7	23
2) existence d'un problème	3	5	3	6	2	4	1	2	0	0	1	4	3	12	1	3
3) problème sérieux	8	13	6	12	6	12	8	13	2	6	3	11	2	8	7	23
4) problème grave	22	37	17	34	23	46	13	22	10	30	8	30	5	19	13	43
? ou np					2	4									2	7
total	60	100	50	100	50	100	60	100	33	100	27	100	26	100	30	100
Pén. acad.																
1) pas de problème	23	40	12	29	11	27	39	80	23	92	17	68	7	50	9	30
2) existence d'un problème	5	9	5	12	5	12	3	6	0	0	3	12	2	14	0	0
3) problème sérieux	10	18	10	24	10	24	1	2	0	0	2	8	1	7	2	7
4) problème grave	18	32	14	34	15	37	5	10	2	8	3	12	3	21	18	60
? ou np	1	2					1	2					1	7	1	3
total	57	100	41	100	41	100	49	100	25	100	25	100	14	100	30	100
Escaliers-Rampes																
Fredericton																
1) pas de problème	23	38	19	38	16	32	29	48	19	58	9	33	14	54	8	27
2) existence d'un problème	4	7	4	8	1	2	4	7	1	3	1	4	3	12	1	3
3) problème sérieux	11	18	8	16	7	14	11	18	3	9	4	15	3	12	3	10
4) problème grave	21	35	18	36	24	48	15	25	10	30	13	48	5	19	16	53
? ou np	1	2	1	2	2	4	1	2					1	4	2	7
total	60	100	50	100	50	100	60	100	33	100	27	100	26	100	30	100
Pén. acad.																
1) pas de problème	8	14	5	12	6	15	28	57	16	64	10	40	1	7	4	13
2) existence d'un problème	3	5	2	5	0	0	3	6	4	16	3	12	1	7	0	0
3) problème sérieux	5	9	5	12	9	22	4	8	1	4	1	4	2	14	2	7
4) problème grave	21	37	16	39	25	61	13	27	3	12	6	24	3	21	14	47
? ou np	20	35	13	32	1	2	1	2	1	4	5	20	7	50	10	33
total	57	100	41	100	41	100	49	100	25	100	25	100	14	100	30	100

Profil des besoins (suite)	Cohorte de départ		Cohorte actuelle mars '90		sept '90		Nouveaux cas		Cas réévalués Système		Trav/clien		Liste d'attente Groupe A		Groupe B	
Transport	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Fredericton																
1) pas de problème	16	27	13	26	8	16	25	42	12	36	8	30	10	38	3	10
2) existence d'un problème	6	10	6	12	4	8	5	8	7	21	5	19	4	15	3	10
3) problème sérieux	11	18	8	16	8	16	5	8	1	3	3	11	3	12	3	10
4) problème grave	27	45	23	46	27	54	23	38	13	39	11	41	9	35	19	63
? ou np					3	6	2	3							2	7
total	60	100	50	100	50	100	60	100	33	100	27	100	26	100	30	100
Pén. acad.																
1) pas de problème	20	35	12	29	5	12	29	59	20	80	16	64	7	50	7	23
2) existence d'un problème	7	12	4	10	4	10	5	10	0	0	5	20	2	14	1	3
3) problème sérieux	17	30	15	37	10	24	2	4	2	8	2	8	3	21	5	17
4) problème grave	11	19	9	22	22	54	13	27	3	12	2	8	1	7	16	53
? ou np	2	4	1	2									1	7	1	3
total	57	100	41	100	41	100	49	100	25	100	25	100	14	100	30	100
QUATRIÈME DOMAINE: ACTIVITÉS INSTRUMENTALES																
Emplettes																
Fredericton																
1) pas de problème	6	10	6	12	3	6	18	30	12	36	6	22	5	19	0	0
2) existence d'un problème	3	5	3	6	1	2	3	5	2	6	2	7	3	12	0	0
3) problème sérieux	7	12	6	12	5	10	10	17	3	9	7	26	4	15	3	10
4) problème grave	43	72	35	70	38	76	27	45	16	48	11	41	14	54	24	80
? ou np	1	2			3	6	2	3			1	4			3	10
total	60	100	50	100	50	100	60	100	33	100	27	100	26	100	30	100
Pén. acad.																
1) pas de problème	1	2	0	0	0	0	18	37	15	60	7	28	0	0	0	0
2) existence d'un problème	3	5	2	5	0	0	5	10	2	8	3	12	1	7	0	0
3) problème sérieux	15	26	11	27	5	12	5	10	4	16	5	20	5	36	2	7
4) problème grave	36	63	27	66	36	88	21	43	4	16	9	36	6	43	27	90
? ou np	2	4	1	2							1	4	2	14	1	3
total	57	100	41	100	41	100	49	100	25	100	25	100	14	100	30	100
Transactions bancaires																
Fredericton																
1) pas de problème	12	20	11	22	6	12	27	45	14	42	10	37	10	38	3	10
2) existence d'un problème	3	5	3	6	2	4	1	2	1	3	0	0	2	8	1	3
3) problème sérieux	5	8	3	6	2	4	9	15	5	15	3	11	3	12	2	7
4) problème grave	39	65	33	66	37	74	22	37	13	39	14	52	11	42	21	70
? ou np	1	2			3	6	1	2							3	10
total	60	100	50	100	50	100	60	100	33	100	27	100	26	100	30	100
Pén. acad.																
1) pas de problème	10	18	8	20	1	2	24	49	19	76	11	44	1	7	1	3
2) existence d'un problème	5	9	4	10	2	5	5	10	0	0	2	8	1	7	0	0
3) problème sérieux	13	23	10	24	2	5	3	6	1	4	2	8	4	29	2	7
4) problème grave	27	47	18	44	22	54	17	35	5	20	9	36	6	43	26	87
? ou np	2	4	1	2	14	34					1	4	2	14	1	3
total	57	100	41	100	41	100	49	100	25	100	25	100	14	100	30	100
Gestion du budget-affaires																
Fredericton																
1) pas de problème	11	18	10	20	9	18	31	52	21	64	13	48	9	35	3	10
2) existence d'un problème	4	7	4	8	1	2	8	13	3	9	0	0	3	12	1	3
3) problème sérieux	5	8	3	6	4	8	0	0	4	12	3	11	3	12	2	7
4) problème grave	39	65	33	66	33	66	20	33	5	15	11	41	11	42	21	70
? ou np	1	2			3	6	1	2							3	10
total	60	100	50	100	50	100	60	100	33	100	27	100	26	100	30	100
Pén. acad.																
1) pas de problème	12	21	9	22	1	2	24	49	21	84	13	52	1	7	2	7
2) existence d'un problème	5	9	4	10	3	7	5	10	0	0	1	4	1	7	0	0
3) problème sérieux	13	23	10	24	12	29	4	8	0	0	2	8	4	29	2	7
4) problème grave	25	44	17	41	25	61	16	33	4	16	8	32	6	43	25	83
? ou np	2	4	1	2							1	4	2	14	1	3
total	57	100	41	100	41	100	49	100	25	100	25	100	14	100	30	100

Profil des besoins (suite)	Cohorte de départ		Cohorte actuelle mars '90		Cohorte actuelle sept '90		Nouveaux cas		Cas réévalués Système		Cas réévalués Trav/clien		Liste d'attente Groupe A		Liste d'attente Groupe B	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Utilisation du téléphone																
Fredericton																
1) pas de problème					17	34	41	68	29	88	21	78			1	3
2) existence d'un problème					2	4	1	2	0	0	0	0			1	3
3) problème sérieux					4	8	2	3	2	6	1	4			1	3
4) problème grave					12	24	7	12	1	3	5	19			9	30
? ou np					15	30	9	15	1	3					18	60
total					50	100	60	100	33	100	27	100			30	100
Pén. acad.																
1) pas de problème	16	28	13	32	12	29	37	76	19	76	15	60	1	7	8	27
2) existence d'un problème	0	0	0	0	4	10	1	2	1	4	2	8	3	21	2	7
3) problème sérieux	8	14	4	10	1	2	1	2	1	4	2	8	6	43	2	7
4) problème grave	12	21	6	15	6	15	6	12	2	8	5	20	4	29	14	47
? ou np	21	37	18	44	18	44	4	8	2	8	1	4			4	13
total	57	100	41	100	41	100	49	100	25	100	25	100	14	100	30	100
Préparation des repas																
Fredericton																
1) pas de problème	7	12	5	10	3	6	25	42	16	48	8	30	5	19	1	3
2) existence d'un problème	4	7	4	8	4	8	3	5	4	12	1	4	3	12	0	0
3) problème sérieux	11	18	11	22	6	12	6	10	6	18	6	22	6	23	2	7
4) problème grave	37	62	30	60	34	68	23	38	7	21	12	44	12	46	24	80
? ou np	1	2			3	6	3	5							3	10
total	60	100	50	100	50	100	60	100	33	100	27	100	26	100	30	100
Pén. acad.																
1) pas de problème	2	4	1	2	2	5	8	16	9	36	4	16	0	0	0	0
2) existence d'un problème	3	5	3	7	1	2	9	18	4	16	1	4	2	14	0	0
3) problème sérieux	13	23	12	29	4	10	7	14	2	8	3	12	1	7	1	3
4) problème grave	37	65	25	61	34	83	25	51	10	40	15	60	9	64	28	93
? ou np	2	4									2	8	2	14	1	3
total	57	100	41	100	41	100	49	100	25	100	25	100	14	100	30	100
Entretien ménager																
Fredericton																
1) pas de problème	4	7	4	8	1	2	9	15	4	12	1	4	3	12	1	3
2) existence d'un problème	4	7	4	8	1	2	0	0	1	3	0	0	4	15	0	0
3) problème sérieux	6	10	5	10	6	12	16	27	8	24	8	30	3	12	1	3
4) problème grave	45	75	37	74	39	78	33	55	20	61	18	67	16	62	25	83
? ou np	1	2			3	6	2	3							3	10
total	60	100	50	100	50	100	60	100	33	100	27	100	26	100	30	100
Pén. acad.																
1) pas de problème	0	0	0	0	0	0	3	6	1	4	2	8	0	0	0	0
2) existence d'un problème	0	0	0	0	0	0	3	6	2	8	0	0	0	0	0	0
3) problème sérieux	15	26	13	32	2	5	6	12	7	28	3	12	3	21	0	0
4) problème grave	40	70	28	68	39	95	37	76	15	60	18	72	9	64	29	97
? ou np	2	4									2	8	2	14	1	3
total	57	100	41	100	41	100	49	100	25	100	25	100	14	100	30	100
Réparations-entretien extérieur																
Fredericton																
1) pas de problème	5	8	5	10	2	4	7	12	5	15	4	15	3	12	0	0
2) existence d'un problème	3	5	3	6	1	2	0	0	0	0	0	0	3	12	0	0
3) problème sérieux	3	5	3	6	2	4	7	12	5	15	3	11	2	8	1	3
4) problème grave	47	78	38	76	42	84	44	73	23	70	20	74	17	65	25	83
? ou np	2	3	1	2	3	6	2	3					1	4	4	13
total	60	100	50	100	50	100	60	100	33	100	27	100	26	100	30	100
Pén. acad.																
1) pas de problème	0	0	0	0	0	0	5	10	3	12	2	8	0	0	0	0
2) existence d'un problème	1	2	1	2	1	2	6	12	3	12	1	4	0	0	0	0
3) problème sérieux	8	14	7	17	0	0	3	6	3	12	3	12	1	7	0	0
4) problème grave	43	75	30	73	39	95	35	71	16	64	18	72	10	71	27	90
? ou np	5	9	3	7	1	2					1	4	3	21	3	10
total	57	100	41	100	41	100	49	100	25	100	25	100	14	100	30	100

Profil des besoins (suite)	Cohorte de départ		Cohorte actuelle mars '90		sept '90		Nouveaux cas		Cas réévalués Système		Trav/clien		Liste d'attente Groupe A		Groupe B	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
CINQUIÈME DOMAINE: SANTÉ MENTALE																
Agilité d'esprit																
Fredericton																
1) pas de problème	42	70	35	70	32	64	44	73	30	91	21	78	18	69	9	30
2) existence d'un problème	11	18	9	18	9	18	7	12	2	6	5	19	6	23	7	23
3) problème sérieux	5	8	4	8	7	14	7	12	1	3	1	4	1	4	11	37
4) problème grave	1	2	1	2	1	2	1	2	0	0	0	0	0	0	1	3
? ou np	1	2	1	2	1	2	1	2					1	4	2	7
total	60	100	50	100	50	100	60	100	33	100	27	100	26	100	30	100
Pén. acad.																
1) pas de problème	32	56	25	61	23	56	44	90	20	80	17	68	7	50	8	27
2) existence d'un problème	14	25	9	22	10	24	4	8	3	12	4	16	4	29	7	23
3) problème sérieux	9	16	6	15	6	15	1	2	2	8	4	16	3	21	12	40
4) problème grave	2	4	1	2	2	5	0	0	0	0	0	0	0	0	3	10
total	57	100	41	100	41	100	49	100	25	100	25	100	14	100	30	100
Orientation																
Fredericton																
1) pas de problème	43	72	35	70	32	64	46	77	31	94	23	85	20	77	9	30
2) existence d'un problème	12	20	11	22	7	14	1	2	1	3	2	7	4	15	6	20
3) problème sérieux	2	3	1	2	6	12	8	13	0	0	1	4	0	0	5	17
4) problème grave	2	3	2	4	4	8	4	7	1	3	1	4	1	4	7	23
? ou np	1	2	1	2	1	2	1	2					1	4	3	10
total	60	100	50	100	50	100	60	100	33	100	27	100	26	100	30	100
Pén. acad.																
1) pas de problème	37	65	28	68	28	68	45	92	24	96	19	76	7	50	9	30
2) existence d'un problème	11	19	8	20	9	22	2	4	1	4	2	8	4	29	6	20
3) problème sérieux	5	9	2	5	0	0	2	4	0	0	3	12	2	14	5	17
4) problème grave	4	7	3	7	4	10	0	0	0	0	1	4	1	7	10	33
total	57	100	41	100	41	100	49	100	25	100	25	100	14	100	30	100
Mémoire																
Fredericton																
1) pas de problème	38	63	31	62	27	54	41	68	27	82	19	70	17	65	3	10
2) existence d'un problème	13	22	12	24	9	18	8	13	4	12	5	19	7	27	10	33
3) problème sérieux	4	7	3	6	7	14	4	7	2	6	2	7	0	0	7	23
4) problème grave	4	7	3	6	5	10	6	10	0	0	1	4	1	4	8	27
? ou np	1	2	1	2	2	4	1	2					1	4	2	7
total	60	100	50	100	50	100	60	100	33	100	27	100	26	100	30	100
Pén. acad.																
1) pas de problème	36	63	28	68	23	56	43	88	21	84	18	72	8	57	6	20
2) existence d'un problème	10	18	7	17	10	24	4	8	2	8	4	16	4	29	9	30
3) problème sérieux	2	4	1	2	3	7	1	2	0	0	1	4	0	0	6	20
4) problème grave	9	16	5	12	5	12	1	2	2	8	1	4	2	14	9	30
? ou np											1	4				
total	57	100	41	100	41	100	49	100	25	100	25	100	14	100	30	100
Jugements																
Fredericton																
1) pas de problème	40	67	33	66	28	56	44	73	27	82	23	85	17	65	6	20
2) existence d'un problème	10	17	9	18	10	20	7	12	3	9	1	4	6	23	9	30
3) problème sérieux	8	13	6	12	8	16	7	12	2	6	3	11	1	4	11	37
4) problème grave	2	3	2	4	4	8	0	0	0	0	0	0	2	8	0	0
? ou np							2	3	1	3					4	13
total	60	100	50	100	50	100	60	100	33	100	27	100	26	100	30	100
Jugements (suite)																
Pén. acad.																
1) pas de problème	36	63	28	68	23	56	41	84	21	84	17	68	6	43	6	20
2) existence d'un problème	9	16	5	12	9	22	6	12	2	8	4	16	5	36	8	27
3) problème sérieux	10	18	7	17	9	22	2	4	2	8	3	12	3	21	16	53
4) problème grave	2	4	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
? ou np											1	4				
total	57	100	41	100	41	100	49	100	25	100	25	100	14	100	30	100

Profil des besoins (suite)	Cohorte de départ		Cohorte actuelle mars '90		sept '90		Nouveaux cas		Cas réévalués Système		Trav/clien		Liste d'attente Groupe A		Groupe B	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
SIXIÈME DOMAINE: ÉTAT PSYCHOSOCIAL																
Anxiété																
Fredericton																
1) pas de problème	48	80	41	82	38	76	53	88	33	100	24	89	22	85	23	77
2) existence d'un problème	8	13	6	12	6	12	3	5	0	0	3	11	3	12	3	10
3) problème sérieux	3	5	2	4	4	8	1	2	0	0	0	0	0	0	3	10
? ou np	1	2	1	2	2	4	3	5					1	4	1	3
total	60	100	50	100	50	100	60	100	33	100	27	100	26	100	30	100
Pén. acad.																
1) pas de problème	43	75	33	80	31	76	37	76	22	88	23	92	11	79	22	73
2) existence d'un problème	13	23	7	17	8	20	10	20	3	12	1	4	3	21	5	17
3) problème sérieux	1	2	1	2	2	5	2	4	0	0	1	4	0	0	3	10
total	57	100	41	100	41	100	49	100	25	100	25	100	14	100	30	100
Dépression																
Fredericton																
1) pas de problème	50	83	43	86	39	78	56	93	31	94	23	85	24	92	18	60
2) existence d'un problème	8	13	5	10	8	16	2	3	2	6	4	15	1	4	7	23
3) problème sérieux	1	2	1	2	1	2	2	3	0	0	0	0	0	0	4	13
? ou np	1	2	1	2	2	4							1	4	1	3
total	60	100	50	100	50	100	60	100	33	100	27	100	26	100	30	100
Pén. acad.																
1) pas de problème	46	81	34	83	37	90	43	88	24	96	23	92	11	79	25	83
2) existence d'un problème	7	12	3	7	3	7	6	12	1	4	1	4	2	14	2	7
3) problème sérieux	4	7	4	10	1	2	0	0	0	0	0	0	1	7	3	10
? ou np											1	4				
total	57	100	41	100	41	100	49	100	25	100	25	100	14	100	30	100
Tendances suicidaires																
Fredericton																
1) pas de problème	58	97	48	96	47	94	59	98	33	100	27	100	25	96	28	93
2) existence d'un problème	1	2	1	2	1	2	1	2	0	0	0	0	1	4	1	3
3) problème sérieux	1	2	1	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
? ou np					1	2									1	3
total	60	100	50	100	50	100	60	100	33	100	27	100	26	100	30	100
Pén. acad.																
1) pas de problème	55	96	40	98	40	98	48	98	25	100	25	100	13	93	28	93
2) existence d'un problème	2	4	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7	1	3
3) problème sérieux	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0
? ou np					1	2									1	3
total	57	100	41	100	41	100	49	100	25	100	25	100	14	100	30	100
Méfiance paranoia																
Fredericton																
1) pas de problème	57	95	47	94	45	90	57	95	31	94	24	89	25	96	25	83
2) existence d'un problème	1	2	1	2	3	6	1	2	2	6	3	11	0	0	2	7
3) problème sérieux	1	2	1	2	1	2	1	2	0	0	0	0	0	0	2	7
? ou np	1	2	1	2	1	2	1	2					1	4	1	3
total	60	100	50	100	50	100	60	100	33	100	27	100	26	100	30	100
Méfiance (suite)																
Pén. acad.																
1) pas de problème	52	91	39	95	40	98	49	100	25	100	24	96	13	93	27	90
2) existence d'un problème	5	9	2	5	0	0	0	0	0	0	1	4	1	7	3	10
3) problème sérieux	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
total	57	100	41	100	41	100	49	100	25	100	25	100	14	100	30	100
Agitation																
Fredericton																
1) pas de problème	50	83	41	82	37	74	55	92	31	94	25	93	22	85	16	53
2) existence d'un problème	1	2	1	2	5	10	2	3	1	3	2	7	0	0	6	20
3) problème sérieux	8	13	7	14	7	14	2	3	1	3	0	0	3	12	6	20
? ou np	1	2	1	2	1	2	1	2					1	4	2	7
total	60	100	50	100	50	100	60	100	33	100	27	100	26	100	30	100

Profil des besoins (suite)	Cohorte de départ		Cohorte actuelle mars '90		sept '90		Nouveaux cas		Cas réévalués Système		Trav/clien		Liste d'attente Groupe A		Groupe B	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Agitation																
Pén. acad.																
1) pas de problème	47	82	33	80	33	80	45	92	25	100	23	92	12	86	20	67
2) existence d'un problème	6	11	5	12	6	15	4	8	0	0	0	0	2	14	2	7
3) problème sérieux	4	7	3	7	2	5	0	0	0	0	2	8	0	0	8	27
total	57	100	41	100	41	100	49	100	25	100	25	100	14	100	30	100
Agressivité																
Fredericton																
1) pas de problème	52	87	42	84	39	78	57	95	32	97	25	93	22	85	21	70
2) existence d'un problème	5	8	5	10	5	10	1	2	1	3	1	4	2	8	6	20
3) problème sérieux	2	3	2	4	5	10	1	2	0	0	1	4	1	4	2	7
? ou np	1	2	1	2	1	2	1	2					1	4	1	3
total	60	100	50	100	50	100	60	100	33	100	27	100	26	100	30	100
Pén. acad.																
1) pas de problème	48	84	34	83	36	88	48	98	24	96	22	88	12	86	18	60
2) existence d'un problème	6	11	5	12	2	5	0	0	1	4	2	8	2	14	3	10
3) problème sérieux	2	4	1	2	3	7	1	2	0	0	1	4	0	0	9	30
? ou np	1	2	1	2												
total	57	100	41	100	41	100	49	100	25	100	25	100	14	100	30	100
Manie d'amasser et fouiller																
Fredericton																
1) pas de problème	55	92	46	92	43	86	56	93	33	100	25	93	24	92	23	77
2) existence d'un problème	2	3	2	4	4	8	2	3	0	0	1	4	1	4	1	3
3) problème sérieux	3	5	2	4	2	4	1	2	0	0	1	4	1	4	5	17
? ou np					1	2	1	2							1	3
total	60	100	50	100	50	100	60	100	33	100	27	100	26	100	30	100
Pén. acad.																
1) pas de problème	50	88	36	88	35	85	49	100	25	100	23	92	12	86	26	87
2) existence d'un problème	4	7	3	7	4	10	0	0	0	0	1	4	1	7	2	7
3) problème sérieux	2	4	1	2	2	5	0	0	0	0	1	4	0	0	2	7
? ou np	1	2	1	2									1	7		
total	57	100	41	100	41	100	49	100	25	100	25	100	14	100	30	100
Déambulation																
Fredericton																
1) pas de problème	55	92	48	96	44	88	56	93	32	97	26	96	25	96	24	80
2) existence d'un problème	0	0	0	0	2	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3) problème sérieux	4	7	2	4	3	6	3	5	1	3	1	4	1	4	4	13
? ou np	1	2			1	2	1	2							2	7
total	60	100	50	100	50	100	60	100	33	100	27	100	26	100	30	100
Pén. acad.																
1) pas de problème	53	93	40	98	39	95	49	100	25	100	24	96	13	93	23	77
2) existence d'un problème	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	10
3) problème sérieux	2	4	1	2	2	5	0	0	0	0	1	4	1	7	4	13
? ou np	1	2														
total	57	100	41	100	41	100	49	100	25	100	25	100	14	100	30	100
Ingestion de Substance étrangère																
Fredericton																
1) pas de problème	60	100	50	100	48	96	59	98	33	100	27	100	26	100	29	97
2) existence d'un problème	0	0	0	0	1	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0
3) problème sérieux	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
? ou np					1	2									1	3
total	60	100	50	100	50	100	60	100	33	100	27	100	26	100	30	100
Pén. acad.																
1) pas de problème	55	96	40	98	40	98	49	100	25	100	24	96	14	100	27	90
2) existence d'un problème	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	10
3) problème sérieux	1	2	1	2	1	2	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0
total	57	100	41	100	41	100	49	100	25	100	25	100	14	100	30	100

Profil des besoins (suite)	Cohorte de départ		Cohorte actuelle mars '90		Cohorte actuelle sept '90		Nouveaux cas		Cas réévalués Système		Cas réévalués Trav/clien		Liste d'attente Groupe A		Liste d'attente Groupe B	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Abus de substances psychotropes																
Fredericton																
1) pas de problème	59	98	49	98	46	92	60	100	32	97	26	96	26	100	28	93
2) existence d'un problème	1	2	1	2	0	0	0	0	1	3	1	4	0	0	0	0
3) problème sérieux	0	0	0	0	2	4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
? ou np					2	4									1	3
total	60	100	50	100	50	100	60	100	33	100	27	100	26	100	30	100
Pén. acad.																
1) pas de problème					39	95	49	100	24	96	24	96			29	97
2) existence d'un problème					2	5	0	0	1	4	1	4			0	0
3) problème sérieux					0	0	0	0	0	0	0	0			1	3
total					41	100	49	100	25	100	25	100			30	100
Fumage																
Fredericton																
1) pas de problème	57	95	48	96	49	98	58	97	32	97	26	96	25	96	28	93
2) existence d'un problème	1	2	1	2	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	1	3
3) problème sérieux	0	0	0	0	0	0	1	2	1	3	0	0	0	0	0	0
? ou np	2	3	1	2	1	2					1	4	1	4	1	3
total	60	100	50	100	50	100	60	100	33	100	27	100	26	100	30	100
Pén. acad.																
1) pas de problème	54	95	38	93	40	98	46	94	24	96	24	96	13	93	29	97
2) existence d'un problème	2	4	2	5	1	2	3	6	1	4	1	4	0	0	1	3
3) problème sérieux	1	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7	0	0
total	57	100	41	100	41	100	49	100	25	100	25	100	14	100	30	100
Sexualité																
Fredericton																
1) pas de problème	56	93	46	92	50	100	60	100	32	97	26	96	25	96	29	97
2) existence d'un problème	2	3	2	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
3) problème sérieux	1	2	1	2	0	0	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0
? ou np	1	2	1	2							1	4	1	4		
total	60	100	50	100	50	100	60	100	33	100	27	100	26	100	30	100
Pén. acad.																
1) pas de problème	54	95	39	95	40	98	48	98	25	100	25	100	13	93	26	87
2) existence d'un problème	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	7
3) problème sérieux	3	5	2	5	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7	1	3
? ou np							1	2							1	3
total	57	100	41	100	41	100	49	100	25	100	25	100	14	100	30	100
Interactions sociales																
Fredericton																
1) pas de problème	40	67	34	68	31	62	42	70	24	73	17	63	19	73	14	47
2) existence d'un problème	18	30	14	28	15	30	2	3	2	6	1	4	5	19	7	23
3) problème sérieux	2	3	2	4	4	8	16	27	7	21	8	30	2	8	9	30
? ou np											1	4				
total	60	100	50	100	50	100	60	100	33	100	27	100	26	100	30	100
Inter. sociales (suite)	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Pén. acad.																
1) pas de problème	28	49	20	49	18	44	26	53	17	68	8	32	8	57	6	20
2) existence d'un problème	11	19	8	20	13	32	10	20	5	20	9	36	3	21	3	10
3) problème sérieux	18	32	13	32	10	24	11	22	2	8	8	32	3	21	21	70
? ou np							2	4	1	4						
total	57	100	41	100	41	100	49	100	25	100	25	100	14	100	30	100
Croyances																
Fredericton																
1) pas de problème					49	98	57	95	33	100	25	93			29	97
2) existence d'un problème					1	2	0	0	0	0	1	4			0	0
3) problème sérieux					0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
? ou np							3	5			1	4			1	3
total					50	100	60	100	33	100	27	100			30	100

Profil des besoins (suite)	Cohorte de départ		Cohorte actuelle mars '90		Cohorte actuelle sept '90		Nouveaux cas		Cas réévalués Système		Cas réévalués Trav/clien		Liste d'attente Groupe A		Liste d'attente Groupe B	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Croyances																
Pén. acad.																
1) pas de problème					39	95	42	86	24	96	24	96			16	53
2) existence d'un problème					0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
3) problème sérieux					0	0	0	0	0	0	0	0			1	3
? ou np					2	5	7	14	1	4	1	4			13	43
total					41	100	49	100	25	100	25	100			30	100
Adaptation																
Fredericton																
1) pas de problème					44	88	26	43	33	100	23	85			19	63
2) existence d'un problème					5	10	1	2	0	0	2	7			8	27
3) problème sérieux					0	0	2	3	0	0	1	4			3	10
? ou np					1	2	31	52			1	4				
total					50	100	60	100	33	100	27	100			30	100
Pén. acad.																
1) pas de problème					36	88	41	84	25	100	23	92			25	83
2) existence d'un problème					1	2	1	2	0	0	1	4			3	10
3) problème sérieux					1	2	6	12	0	0	1	4			2	7
? ou np					3	7	1	2								
total					41	100	49	100	25	100	25	100			30	100
Vulnérabilité																
Fredericton																
1) pas de problème	56	93	47	94	48	96	57	95	33	100	25	93	25	96	26	87
2) existence d'un problème	2	3	2	4	1	2	1	2	0	0	0	0	0	0	1	3
3) problème sérieux	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	0	0	2	7
? ou np	2	3	1	2	1	2	2	3			1	4	1	4	1	3
total	60	100	50	100	50	100	60	100	33	100	27	100	26	100	30	100
Pén. acad.																
1) pas de problème	48	84	36	88	37	90	47	96	25	100	24	96	9	64	27	90
2) existence d'un problème	7	12	3	7	2	5	2	4	0	0	1	4	4	29	2	7
3) problème sérieux	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
? ou np	2	4	2	5	1	2							1	7		0
total	57	100	41	100	41	100	49	100	25	100	25	100	14	100	30	100
Danger potentiel																
Fredericton																
1) pas de problème					42	84	54	90	30	91	17	63			20	67
2) existence d'un problème					5	10	0	0	2	6	1	4			7	23
3) problème sérieux					0	0	4	7	1	3	7	26			3	10
? ou np					3	6	2	3			2	7				
total					50	100	60	100	33	100	27	100			30	100
Pén. acad.																
1) pas de problème					38	93	48	98	23	92	21	84			21	70
2) existence d'un problème					1	2	1	2	0	0	0	0			1	3
3) problème sérieux					1	2	0	0	2	8	4	16			6	20
? ou np					1	2									2	7
total					41	100	49	100	25	100	25	100			30	100